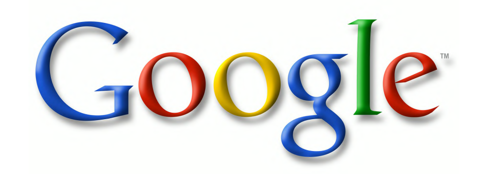
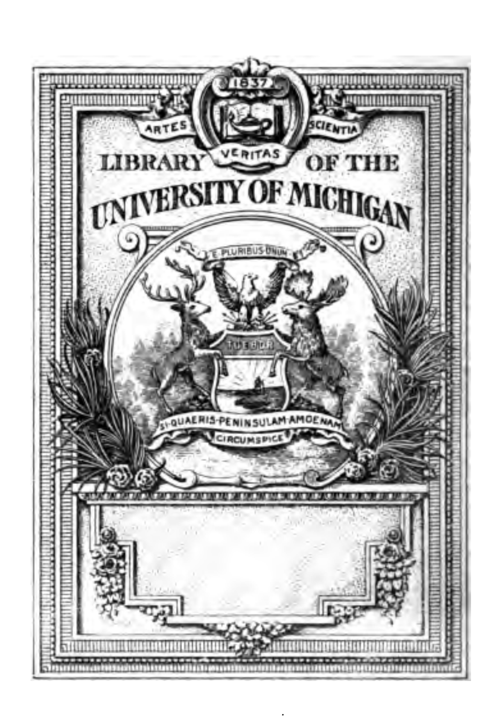



A 3 9015 00385 952 0
University of Michigan – BUHR




1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE





1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

Tous les exemplaires qui ne seront pas signés par l'un des Rédacteurs, seront réputés contrefaits.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE;

JOURNAL

PUBLIÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

COMPOSÉE DE MEMBRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, DE PROFESSEURS, DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES, etc.

3.me ANNÉE. — TOME IX.

SEPTEMBRE 1825.

A PARIS,

CHEZ BÉCHET jeune, Libraire de l'Académie Royale de Médecine, place de l'École de Médecine, N.° 4;
MIGNERET, Imprimeur-Libraire, rue du Dragon, N.° 20.

1825.

Lors de la publication des Archives générales de Médecine, les Éditeurs se sont abstenus de placer en tête de leur Journal une liste de noms plus ou moins célèbres ; ils n'auraient fait que reproduire celle que l'on voit, composée des mêmes noms, sur la couverture de chaque Journal de médecine. Ils avaient en vue de publier un Recueil purement scientifique, ouvert à tous les travaux utiles, à tous les faits intéressans, à toutes les opinions raisonnables, indépendant de toute espèce d'influence étrangère à l'intérêt de la science ; ils voulaient d'ailleurs, que les médecins jugeassent cette entreprise d'après ses propres résultats : tels furent les motifs qui engagèrent les Rédacteurs des Archives à faire paraître ce Journal, sans indiquer les personnes qui devaient y insérer leurs travaux. Mais aujourd'hui nous pouvons le faire si ce moyen doit inspirer plus de confiance aux lecteurs.

Les Auteurs qui jusques ici ont fourni des travaux aux Archives, sont MM. : Andral fils, membre de l'Acad. Roy. de Méd. : Audouin ; Babinet, prof. de phys : Béclard, prof. à la Fac. : Blandin, aide d'Anat. à la Fac. : Bogros, prosect. à la Fac. : Bouillaud, D.-M. : Bousquet, D.-M. : Breschet, chir. en chef des Enfans-Trouvés : Bricheteau, memb. de l'Ac. : J. Cloquet, chir. de l'hôp. St.-Louis : H. Cloquet ; memb. de l'Acad. · Coster, D.-M. : Cruveilhier, memb. de l'Acad., Cullerier, chir. de l'hôp. des Vénér. : Defermon, D.-M. : Desmoulins, D.-M. : Desormeaux, prof. à la Fac. : Desalle, D.-M. : P. Dubois, chir. de la Maison de Santé : Dudan, D.-M. de la Fac. de Wurtzbourg : Dugès, pros. à la Fac. ; Dumas ; Dumeril, memb. de l'Inst. ; Dupuytren, chirurg. en chef de l'Hôtel-Dieu ; Edwards, D.-M. : Esquirol, méd. de la Salpêtrière : Ferrus, méd. de la Salpêtrière : Flourens, D.-M. : Fodera, D.-M. . Fouquier, prof. à la Fac. : Geoffroy-Saint-Hilaire, membre de l'Institut : Georget, memb. de l'Acad. : Gerdy, prosect. à la Fac. : Girard fils, prof. à l'École vétérinaire d'Alfort : Goupil, D.-M. attaché à l'hôp. milit. de Toulouse : Guersent, méd. de l'hôp. des Enfans : de Humboldt, membre de l'Institut : Itard, méd. de l'Institution des sourds-muets : Julia Fontenelle, prof. de chimie : Laennec, prof. à la Fac. : Lagneau, memb. de l'Acad. : Lallemand, prof. à la Faculté de Montpellier ; Lebidois, D.-M. : Lisfranc, chirurg. du Bureau central des hôp. : Londe, D.-M. : Louis, D.-M. : Martini, D.-M. : Mirault, D.-M. : Ollivier, D.-M. : Orfila, prof. à la Fac. ; Oudet, D.-M.-Dentiste, memb. de l'Acad. : Pinel, membre de l'Institut : Pinel fils, D.-M. : Prevost, D.-M. : Raige-Delorme, D.-M. : Ratier, D.-M. : Rayer, méd. du Bureau central des hôpitaux : Richard, prof. de botanique : Richerand, prof. à la Fac. : Richond, D.-M., aide-major à l'hôpital milit. de Strasbourg ; Roche, D.-M. ; Rochoux, memb. de l'Ac. : Rullier, méd. de Bicêtre : Sanson, chir. du Bureau central des hôpit. : Scoutetten, D.-M. attaché à l'hôpit. milit. de Toulouse : Serres, chef des travaux anatomiques des hôpitaux civils de Paris : Sommé, chir. en chef de l'hôp. d'Anvers : Tourrel, D.-M. : Troussel, D.-M. : Vavasseur, D.-M. : Velpeau, chef de clinique à la Faculté.

Parmi les médecins dont les noms n'ont point encore paru dans le Journal, mais qui se sont engagés à fournir des travaux, nous citerons ceux de MM. Adelon, memb. de l'Acad. : Biett, méd. de l'hôp. Saint-Louis : Chomel, méd. attaché à la Charité : Coutanceau, méd. du Val-de-Grâce : Husson, méd. de l'Hôtel-Dieu : Landré-Beauvais, prof. : Marc, memb. de l'Acad. : Marjolin, prof. : Murat, chirurg. en chef de Bicêtre : Rostan, méd. de la Salpêtrière : Roux, prof. à la Faculté.

Nous pouvons donc nous flatter que les Archives générales de Médecine, par la position favorable de la plupart des Rédacteurs et par leurs relations étendues en France et dans les pays étrangers, sont devenues le véritable point de réunion de tous les travaux importans sur la théorie et la pratique de la médecine, et que, par la coopération des médecins qui sont à la tête des hôpitaux de Paris et de la Province, notre Journal contient ce que la clinique médicale et chirurgicale offre de réellement intéressant.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

SEPTEMBRE 1825.

Mémoire sur la cicatrisation des ulcères des intestins; par le docteur TROLLIET, *doyen des médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon.*

QUEL est le mécanisme de la formation des ulcères des intestins dans les fièvres? Quel est le mécanisme de leur guérison? La membrane muqueuse se régénère-t-elle? Telles sont les questions que nous allons essayer de résoudre dans ce mémoire. Deux malades, que nous avions guéris de fièvres muqueuses adynamiques et ataxiques, se livrèrent à des écarts de régime et succombèrent. L'autopsie, que nous fîmes avec soin, nous montra la désorganisation des intestins depuis le premier degré jusqu'à la cicatrisation complète des ulcères.

I.re *Obs.* — Rose Guillon, âgée de 21 ans, ouvrière en soie, fut transportée à l'Hôtel-Dieu le 7 octobre 1823, au neuvième jour de sa maladie. A la visite, elle nous présenta les symptômes suivans : face colorée, conjonctives injectées, yeux larmoyans; forces abattues; langue rouge sur les bords, d'un gris brun au centre; épigastre douloureux; abdomen un peu météorisé, très-sensible à la pression; diarrhée depuis trois jours; pouls fréquent et serré; chaleur et sécheresse de la peau. (*Huit sangsues*

furent appliquées à l'épigastre, puis deux vésicatoires placés aux jambes; boissons mucilagineuses acidulées; fomentations émollientes sur l'abdomen.)

Pendant les jours suivans, les lèvres et les dents devinrent fuligineuses; il y eut prostration des forces; les traits de la face étaient fortement altérés, le visage était inégalement coloré; à un léger délire succédait la somnolence; l'abdomen était toujours météorisé, douloureux à la pression; tantôt il y avait une légère diarrhée, tantôt constipation; la respiration était un peu accélérée; un paroxysme et quelquefois deux se montraient chaque jour. La maladie continua à marcher avec le plus grand degré d'intensité pendant le deuxième et le troisième septenaires; une escarre se forma au bas des lombes. Des fomentations et des cataplasmes émolliens furent appliqués chaque jour plusieurs fois sur le ventre; des lavemens de même nature furent administrés tous les jours ou tous les deux jours. L'infusion de fleurs de mauves, la décoction de racine de guimauve édulcorée avec le sirop de limon, et le petit-lait clarifié, furent les boissons habituelles. Quelques sinapismes furent appliqués aux jambes.

Vers la fin du quatrième septenaire, une amélioration bien marquée se fit apercevoir. Les lèvres cessèrent d'être fuligineuses, le délire cessa, les traits du visage s'animèrent; il n'y eut plus de somnolence prolongée; les mouvemens commençaient à devenir faciles; le ventre n'était point tuméfié, il était toujours douloureux; les selles étaient plus régulières et les matières mieux liées. La fièvre diminuait chaque jour; elle était presque nulle au commencement du mois de novembre. Un peu de sirop de quinquina fut ajouté aux potions.

La malade ayant manifesté le désir de prendre des alimens, le bouillon fut permis; mais au lieu de bouillon, la Sœur de la salle lui fit donner une soupe copieuse. Du 5 au 12 novembre, il y eut des vomissemens abondans;

l'estomac redevint douloureux; le délire reparut le 13; les forces s'anéantirent; les lèvres étaient décolorées; le pouls redevint faible et très-petit. Le 19, les forces s'éteignirent, et la malade mourut pendant la nuit.

Autopsie le 21 *au matin.* — Maigreur et pâleur générales.

Tête. Point de sang dans les sinus; un caillot alongé, gélatiniforme dans le sinus longitudinal supérieur; aucune trace d'altération de l'arachnoïde; légère injection des vaisseaux de la pie-mère; consistance très-grande du cerveau, du cervelet et de la moëlle alongée; très-peu de sérosité dans les ventricules; plexus choroïdes rouges.

Poitrine. Poumons marbrés, mous, sans trace d'altération, refoulés en haut au niveau de la quatrième côte à droite et de la cinquième à gauche; cœur peu volumineux, pâle, contenant un peu de sang non coagulé dans le ventricule droit; peu de sang s'écoule après la section des veines.

Abdomen. L'estomac et les intestins, dilatés par des gaz, refoulaient supérieurement le diaphragme et le foie; cet organe était peu volumineux; la vésicule du fiel était distendue par de la bile verte; un tubercule blanc existait *près de la scissure* de la rate.

L'estomac contenait environ huit onces de liquide coloré par la bile; sa surface intérieure, d'un gris pâle, était parsemée de points rouges près de son extrémité pylorique; le duodénum, d'une couleur pâle, contenait beaucoup de bile; le jéjunum et l'iléon contenaient de la bile, jaune et liquide dans le premier de ces intestins, verte et épaissie dans le second. Quelques points rouges existaient dans le jéjunum; ils se multipliaient dans l'iléon, surtout vers sa partie inférieure, qui présentait des traces assez nombreuses d'ulcérations dans un espace de dix-huit pouces. Quelques vaisseaux dilatés se faisaient apercevoir dans les gros intestins, qui contenaient des matières consistantes verdâtres.

Description des ulcères. — Arrondis et plus ou moins ovalaires, les ulcères des intestins avaient un diamètre de six à dix lignes; leurs bords, frangés par la destruction inégale de la membrane muqueuse, étaient entourés d'un bourrelet brun; au-delà duquel la muqueuse était intacte; leur surface pâle, examinée avec soin, nous a présenté les résultats suivans d'une cicatrisation commençante, avancée ou achevée.

Ceux dont le travail paraissait commencé étaient couverts d'une pellicule très-fine, transparente et brillante, même après avoir été lavés ou raclés doucement avec le scalpel : cette pellicule, agitée dans un point avec l'extrémité de l'instrument, recevait dans sa totalité un mouvement qui se communiquait vers la circonférence au bourrelet de la muqueuse à laquelle elle adhérait visiblement; elle reposait sur un tissu cellulaire assez lâche pour permettre ce mouvement isolé de celui des membranes subjacentes. On apercevait les bords frangés et le bourrelet brun tout autour de cette cicatrice naissante.

Dans d'autres ulcères où le travail paraissait plus avancé, la pellicule était plus épaisse, légèrement opaque dans une partie de son étendue; les bords frangés, confondus avec elle, s'apercevaient à peine; le bourrelet, affaissé, ne présentait plus qu'un cercle moins brun et aplati, auquel les mouvemens étaient plus fortement communiqués par la pointe de l'instrument.

Dans les ulcères où la cicatrice était presque achevée, la pellicule avait acquis l'épaisseur, la consistance et l'aspect de la membrane muqueuse; dans les parties où le travail était le plus avancé, les bords frangés avaient disparu; le bourrelet était remplacé par une trace moins brune, qui cessait d'exister dans quelques points. Cette trace brune indiquait aisément encore l'étendue et la forme qu'avait eues l'ulcère. Dans ceux où cette trace brune avait disparu en partie, l'on ne voyait plus aucune

différence entre la cicatrice achevée et la membrane muqueuse avec laquelle elle était continue; même aspect, même épaisseur; la membrane muqueuse était régénérée. L'on pouvait aisément apercevoir tous les degrés de la cicatrisation mieux que nous ne pouvons les décrire.

Peu nombreux dans la partie la plus élevée, les ulcères se multipliaient inférieurement, et, dans l'espace de cinq pouces au-dessus de la valvule, toute la surface intestinale paraissait altérée. Cette surface brune présentait çà et là des traces de cicatrice, et dans la plus grande partie des fongosités d'une ligne à peu près d'élévation. Le bord libre de la valvule était la ligne de démarcation de la partie malade et de la partie saine; sa face inférieure, répondant au gros intestin, était de couleur naturelle, d'un gris pâle.

II.[me] *Obs.* — Philibert Delorme, âgé de 23 ans, d'un tempérament sanguin, ouvrier en soie, eut froid dans une voiture en revenant de Paris; après son arrivée, il éprouva un mal-aise général, et prit pendant plusieurs jours de l'infusion de sureau. Toujours fatigué, après dix jours, il prit en deux fois, à demi-heure d'intervalle, un litre de vin généreux dans lequel il avait fait bouillir une grande *quantité de fleurs* de sureau; il eut des sueurs abondantes, de l'oppression, et l'estomac devint douloureux. Transporté quatre jours après à l'hôpital, dans la salle Saint-Jean, il présenta à la visite du 7 décembre 1823 les symptômes suivans:

Visage coloré; faiblesse générale; céphalalgie frontale; tintement des oreilles; insomnie; langue blanche au milieu, rouge sur les bords; épigastre douloureux; diarrhée depuis plusieurs jours; pouls élevé, souple; chaleur de la peau, légère moiteur. (*Boissons mucilagineuses*, *diète.*) Le 8, le ventre était douloureux, météorisé; la diarrhée était plus abondante; le pouls, élevé, résistait davantage à la pression. (*Saignée de bras de 15 onces, infusion de*

mauves édulcorée avec le sirop de limon.) Le 9, mêmes symptômes, mêmes boissons. Le 10, diarrhée séreuse, abondante; coliques violentes; paroxysme le soir. Huit sangsues, appliquées sur l'abdomen, donnèrent beaucoup de sang. Le 11, les douleurs et le météorisme ont diminué. Le 12, *idem*. Le 13, les douleurs abdominales persistent. (*Dix sangsues sur le ventre.*) Le sang a coulé abondamment. (*Cataplasmes émolliens, lavemens de décoction de graine de lin, boissons mucilagineuses et calmantes.*) Le 14, la langue est moins rouge; les tintemens d'oreille ont disparu avec la douleur de tête; l'abdomen est moins douloureux et la diarrhée moins forte; la fièvre persiste avec un paroxysme très-marqué. Du 14 au 18, il y eut chaque jour un léger accès de fièvre. (*Deux grains de sulfate de quinine par jour ont été administrés; boissons mucilagineuses, infusion de feuilles d'oranger; cataplasmes et lavemens émolliens.*) Le 20, le malade est mieux; la diarrhée a cessé et le ventre est peu tuméfié; les forces sont meilleures. Le mieux se soutient les jours suivans, et la convalescence commence.

Le 29, le malade peut se promener hors de l'hôpital; malheureusement il en profite pour satisfaire amplement son appétit. Revenu dans la salle, il éprouva une fièvre violente, et les coliques recommencèrent. La fièvre continua les jours suivans; le ventre se météorisa de nouveau et la diarrhée reparut. Le 2 janvier, le délire survint; il augmenta ainsi que les autres symptômes. Le 6, prostration de forces, ventre très-balloné. Mort le 7.

Autopsie le 8. — La tête et la poitrine ne nous ayant offert aucune trace d'altération bien remarquable, nous dirigeâmes toute notre attention sur les organes de l'abdomen. La membrane interne de l'estomac était pâle. Les intestins grêles, qui contenaient peu de matières colorées par la bile, présentaient des traces d'inflammation et des ulcérations, peu nombreuses au jéjunum, et multipliées

vers la partie inférieure de l'iléon : cette altération existait à des degrés variés.

1.° Dans les points seulement enflammés, la membrane muqueuse était tuméfiée, rose, ramollie, comme fongueuse dans l'espace de trois ou quatre lignes; 2.° dans quelques autres, on apercevait au centre de cette fongosité un point d'un rouge brun, comme si un vaisseau divisé eût laissé échapper un petit caillot de sang; 3.° ailleurs on apercevait au centre une très-petite ulcération entourée d'un petit cercle noir autour duquel le boursouflement ne s'étendait pas au-delà de deux ou trois lignes : cet ulcère commençant avait déjà détruit toute l'épaisseur de la membrane muqueuse; 4.° dans d'autres parties, surtout inférieurement, les ulcérations s'étaient étendues, et avaient huit à dix lignes de diamètre; elles étaient bordées d'un cercle noir, comme s'il eût été tracé inégalement avec de l'encre ou avec un crayon; autour de cette ligne noire, un bourrelet rouge, fongueux, s'étendait à quatre lignes de l'ulcération.

Ces ulcères, dont les bords étaient perpendiculaires, étaient pâles dans toute leur surface, et ne paraissaient avoir détruit que la membrane muqueuse. La plupart étaient recouverts d'une pellicule tantôt fine, transparente, tantôt plus épaisse et opaque, tantôt ayant en partie l'aspect de la membrane muqueuse intacte, avec une diminution proportionnée du cercle et du bourrelet, exactement comme dans l'observation précédente. Ces divers degrés d'ulcération existaient surtout vers la fin de l'intestin grêle, et à la face supérieure de la valvule iléo-cœcale; la face inférieure de cette valvule, pâle comme la muqueuse des gros intestins, paraissait intacte; son bord libre était encore ici la ligne de démarcation qui séparait la partie saine de la partie malade.

Remarques sur la formation des ulcères. — Si dans ces deux observations la nature semble nous avoir dévoilé le

mécanisme de la guérison des ulcères, dans la seconde elle paraît avoir offert à nos regards le mécanisme de leur formation.

En suivant attentivement ses progrès, nous observons les périodes suivantes dans le développement de la maladie : 1.° apparition d'un point tuméfié, rouge, avec ramollissement du tissu de la membrane muqueuse dans ce point de deux ou trois lignes de diamètre ; 2.° au centre de cette petite fongosité, très-petit caillot noir dans l'épaisseur de la membrane muqueuse altérée, indice de la déchirure d'un vaisseau capillaire et du commencement de l'ulcération ; 3.° petit ulcère, destruction de toute l'épaisseur de la muqueuse tuméfiée et ramollie ; 4.° progrès de l'ulcération en largeur seulement et non en profondeur ; extension du bourrelet fongueux autour de l'ulcère à mesure qu'il s'agrandit.

C'est à peu près la marche que suivent les ulcérations des membranes muqueuses soumises à nos regards pendant la vie ; sur le gland, par exemple, lorsque l'ulcération ne s'étend qu'en largeur : pustule rouge, ulcère au centre, qui dans ses progrès est entouré d'un cercle inflammatoire qui s'étend comme l'ulcère.

Comment expliquer physiologiquement la formation de ces ulcères ? On les attribue communément à l'irritation inflammatoire ; on les considère comme un effet de l'inflammation. Cette explication ne nous paraît pas satisfaisante ; il resterait à indiquer comment l'inflammation légère produit un ulcère, et pourquoi dans quelques inflammations plus fortes il ne se forme pas d'ulcération.

La douleur produit de grands désordres ; mais, quelque violente qu'elle soit, elle ne peut rompre les tissus : les nerfs reçoivent et transmettent les impressions ; ils ne désorganisent point.

On ne saurait voir dans l'afflux du sang une explication plus heureuse. 1.° Le sang n'est point un fluide cor-

rosif, quelques gouttes ne peuvent opérer la destruction d'une membrane; 2.° supposons les vaisseaux capillaires distendus de manière à se rompre, il n'y aurait alors qu'une hémorragie ou une extravasation sanguine : ce n'est pas là une ulcération; 3.° nous avons vu assez souvent la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins percée comme par un emporte-pièce, sans trace d'inflammation; 4.° nous avons vu encore des aphthes détruire la membrane muqueuse et pâle de la langue, sans apparence d'inflammation; 5.° dans les ulcères des intestins, l'inflammation est moins grande lorsqu'ils commencent, pourtant l'ulcération fait des progrès; elle est plus forte dans une période plus avancée, et cependant la guérison s'opère; 6.° les ulcères sont aussi grands et aussi nombreux dans les intestins pâles des personnes qui ont été soumises à d'abondantes évacuations sanguines que dans les intestins colorés des personnes qui n'ont point été saignées : plusieurs fois nous l'avons vérifié.

Il n'y a rien de plus dans l'inflammation que la douleur et l'afflux de sang dans les vaisseaux capillaires; c'est de l'action exaltée du tissu nerveux et du tissu vasculaire que dépendent tous les symptômes qu'elle présente.

Puisque l'inflammation ne fait pas connaître le mécanisme de la formation des ulcères, comment peut-on l'expliquer?

Si au lieu de confondre l'irritation avec l'inflammation, et de la considérer d'une manière trop vague dans un organe, nous lui rendons son véritable sens, nous arriverons à une solution plus satisfaisante et plus physiologique. Les effets de l'irritation diffèrent dans les divers tissus dont l'action est exaltée. Dans les absorbans nutritifs, elle produit la désorganisation, les ulcérations. Lorsque les absorbans nutritifs puisent dans un organe plus de molécules qu'ils ne doivent en reporter dans la circulation, il y a déperdition de substance; si, au contraire,

les exhalans nutritifs dont l'action est exaltée versent dans un organe plus de matériaux que dans l'ordre naturel, il s'y forme des excroissances, des tumeurs.

Ces considérations simples, nées de la connaissance des tissus élémentaires et de leur action, suffisent pour expliquer la formation des ulcères et des hypersarcoses, sans qu'il soit nécessaire de supposer une inflammation désorganisatrice que l'esprit ne peut concevoir. Sans doute l'inflammation accompagne quelquefois les ulcères ou les excroissances; c'est lorsque l'irritation ne se borne point aux vaisseaux nutritifs, et s'étend aux tissus nerveux et capillaire sanguin; mais souvent elle n'existe pas, comme dans quelques ulcères dont nous avons parlé, et dans un grand nombre d'excroissances de la peau et de divers organes.

Lorsque le premier degré d'action exaltée des absorbans nutritifs s'exerce sur le tissu vasculaire des intestins comme sur les autres parties de la membrane muqueuse, il irrite ces vaisseaux, dont trop de molécules sont absorbées, et dont la désorganisation commence : de là l'irritation vasculaire, l'afflux du sang dans ce point; c'est le premier degré de l'altération que nous avons signalée. Lorsqu'un petit vaisseau est percé par cet excès d'absorption, une gouttelette de sang s'échappe et forme le point noir que nous avons aperçu au centre de la petite inflammation qu'avait produite l'irritation vasculaire. La formation de l'ulcère, son accroissement, et le bourrelet inflammatoire qui l'entoure s'expliquent de même par l'absorption successive des molécules. L'irritation ulcérative est donc celle qui accroît l'action des absorbans nutritifs (1).

(1) Quelqu'ingénieuse que soit la théorie proposée par l'estimable auteur de ce mémoire, qui renferme des faits importans et bien observés, nous ne pensons pas qu'elle puisse être adoptée par des esprits sévères.

Remarques sur la cicatrisation. — Nous venons de voir le rôle que jouent les absorbans nutritifs dans la formation des ulcères; voyons comment les exhalans nutritifs en opèrent la guérison. Aucun bourgeon charnu ne paraît sur la surface de l'ulcère des intestins; une pellicule fine, transparente et lisse, la recouvre; unie dans son contour à la membrane muqueuse, elle repose sur un tissu cellulaire mobile, qui lui permet de se prêter aux mouvemens de l'intestin. Déjà sa surface est lubrifiée, comme pour faciliter le passage des matières qui glissent sur elle; c'est le commencement de la cicatrice, le premier pas vers la guérison.

Bientôt cette pellicule reçoit de nouveaux matériaux des exhalans nutritifs; elle s'épaissit, devient opaque et *blanche*; elle acquiert plus de consistance : c'est alors que diminue l'inflammation qui l'entoure. Les vaisseaux sanguins n'étant plus irrités par les absorbans nutritifs dont l'action est devenue régulière, les bords s'affaissent, la rougeur diminue, le sang épanché disparaît, ses molécules rentrent dans la circulation par l'action réglée des absorbans.

Le travail de la guérison s'avance, la cicatrice se perfectionne, la membrane nouvelle acquiert le complément de son organisation par les matériaux qu'apportent sans cesse les exhalans nutritifs; elle prend la consis-

---

Elle repose en effet, pour nous servir des expressions de l'auteur, sur la connaissance des tissus élémentaires et de leur action. Mais ces tissus élémentaires, ainsi que leur action, sont loin d'être connus. Nous ignorons s'il existe des vaisseaux nutritifs, surtout des vaisseaux exhalans. Vouloir distinguer l'irritation des vaisseaux nutritifs de celle des tissus nerveux et capillaires sanguins, c'est établir une distinction tout-à-fait arbitraire; c'est tomber dans l'erreur justement reprochée à M. Broussais, qui admet dans sa théorie systématique une irritation des vaisseaux rouges distincte de celle des vaisseaux blancs. En médecine, comme en toute autre science physique, tâchons de nous en tenir à ce qui peut être saisi par les sens. *N. du R.*)

tance, l'épaisseur et l'aspect de la membrane qu'elle a remplacée; il n'existe plus de différence entre elle et celle qui l'entoure; elle est rendue aux mêmes fonctions; la muqueuse est régénérée.

L'harmonie s'est rétablie dans l'action de tous les organes de l'économie animale, et la guérison s'achève.

Que de précautions, que de soins pour empêcher que cette harmonie ne soit de nouveau rompue, et pour ne pas troubler cet admirable travail qui opère la régénération des organes détruits! Une imprudence rétablit le désordre; c'en est fait. La mort ne laisse après elle que des sujets de méditation, souvent utiles encore à la science.

Observation de squirrhe du corps thyroïde et des tissus environnans, accompagné d'arachnoïdite chronique, et terminé par la mort; par M. Boileau, *D.-M.-P., médecin à Pont-Saint-Vincent, près Nancy.*

M. D. L., Chirurgien, à Neuves-Maisons près Nancy, (Meurthe), âgé de 75 ans, tempérament sanguin, stature peu élevée, a été affecté, il y a 7 à 8 ans, d'une attaque d'apoplexie qui s'est terminée promptement et n'a laissé à sa suite qu'un peu de raideur dans les doigts de la main droite. Depuis cette époque il a éprouvé des douleurs variées dans les muscles et particulièrement dans ceux du tronc.

Dans le mois de juillet 1824, il m'a annoncé qu'il lui était survenu depuis quelques mois, un goître qui faisait beaucoup de progrès et lui occasionnait de la douleur. Il continuait encore à voir ses malades et faisait souvent, à pied, plusieurs lieues par jour.

Dans le mois d'août, la tumeur continuait à faire des

progrès ; il se plaignait de ressentir dans la tête, surtout à droite, des douleurs qui se renouvelaient à des époques variables ; ce qui lui faisait dire qu'elles étaient rhumatismales.

Au commencement de septembre, je commençai à lui donner mes soins d'une manière régulière, et voici ce que j'observai. Il offrait, à la partie antérieure du cou, une tumeur plus volumineuse que le poing d'un adulte, dont le centre correspondait au corps thyroïde; elle était dure, inégale, et comme bosselée, douloureuse à la pression; la peau qui la recouvrait était tendue, luisante et parsemée d'un plexus veineux couleur lie de vin. Le malade se plaignait d'y ressentir de temps en temps des douleurs lancinantes. La déglutition était très-difficile et douloureuse. La céphalalgie continuait à se faire sentir à des époques irrégulières, mais en général elle était fréquente et de longue durée; pendant qu'elle existait, l'appétit était perdu et le pouls accéléré : quand elle était calmée, l'appétit revenait, et le pouls reprenait ses caractères physiologiques.

Le malade se fit appliquer plusieurs fois 12 à 15 sangsues sur les parties latérales du cou. Comme il n'avalait qu'avec beaucoup de difficulté, il fut obligé de s'astreindre à un régime très-peu nourrissant. Des révulsifs furent dirigés sur le canal digestif et appliqués aux extrémités inférieures.

Malgré l'emploi alternatif de ces moyens, la tumeur du cou continuait à faire des progrès rapides. Dans le cours du mois de septembre, elle avait beaucoup augmenté de volume : elle s'étendait de haut en bas, depuis la mâchoire inférieure jusqu'à l'extrémité supérieure du sternum, d'arrière en avant depuis la colonne vertébrale jusqu'au niveau du menton, et transversalement elle se portait à deux ou trois pouces de chaque côté de la ligne médiane du cou, plus à droite qu'à gauche.

La céphalalgie augmentait d'intensité et de durée : le pouls était presque toujours fréquent et quelquefois irrégulier. La déglutition devenait de plus en plus difficile et douloureuse, elle ne pouvait plus s'effectuer que quand le malade se couchait sur son côté droit, la tête au niveau du tronc ; dans cette position la tumeur pressait moins sur l'œsophage.

Pendant tout le mois d'octobre, le mal continua encore à faire des progrès dans tous les sens. La céphalalgie était presque continuelle : le pouls devenait de plus en plus faible et fréquent, les intermittences augmentaient. Le malade pouvait à peine prendre quelques cuillerées de bouillon ; quand la déglutition s'opérait, il éprouvait les angoisses de la suffocation.

Vers la fin du mois, la déglutition était devenue tout-à-fait impossible : le malade maigrissait rapidement : enfin il expira le 4 octobre, ayant toujours conservé le libre exercice de ses facultés intellectuelles, environ six mois après que sa tumeur avait commencé à se former.

Examen du cadavre. — Habitude extérieure. Le marasme était parvenu à un degré très-avancé. *Cou.* La tumeur, placée à sa partie antérieure, paraissait avoir de 4 à 5 pouces de diamètre dans tous les sens. Elle était dure, inégale et comme tuberculeuse : la peau qui la recouvrait était d'un rouge violacé. Elle ne se terminait point brusquement sur les côtés du cou, elle se confondait avec des tubercules qui s'étaient développés postérieurement à elle et qui avaient suivi une marche analogue. Incisée dans plusieurs sens, elle paraissait avoir la consistance du lard, sa couleur était d'un blanc légèrement cendré ; on n'apercevait aucune trace de vaisseaux sanguins. Dans le milieu de cette tumeur existait une cavité semblable à celle de l'utérus dans l'état de vacuité, contenant quelques gouttes de sérosité ; les parois de cette cavité étaient rugueuses. On aurait dit que cette

tumeur s'était développée aux dépens de toutes les parties qui occupent la région cervicale antérieure, on n'apercevait qu'elle. Les muscles peauciers qui devaient la recouvrir avaient disparu. A droite, les muscles sterno-mastoïdien, omoplato-hyoïdien, sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien étaient presqu'entièrement effacés. Les gros vaisseaux du même côté étaient déplacés, ils s'étaient portés en dehors et en arrière à une petite distance des tégumens. Le larynx, la trachée-artère et l'œsophage étaient fortement déviés à gauche. Le canal aérien était tellement embrassé par la tumeur qu'on ne pouvait l'en séparer que par le tranchant d'un instrument. La dégénérescence pathologique avait déjà gagné les lames les plus extérieures de la trachée-artère. En arrière et à gauche de ce canal, on apercevait l'œsophage qui s'était dévié de sa direction naturelle, il était fortement comprimé par la tumeur; son calibre était diminué, à peine pouvait-il admettre le petit doigt; il était d'un rouge foncé à l'extérieur et à l'intérieur; ses parois paraissaient un peu épaissies. Les gros vaisseaux étaient portés à gauche près de la peau. Les muscles de ce côté étaient plus prononcés qu'à droite, ils semblaient être collés à la peau, ils étaient pâles et minces comme du ruban.

Cette tumeur n'était pas régulièrement circonscrite, elle se confondait avec des tubercules qui s'étaient développés à son voisinage. En haut elle s'étendait jusqu'à la mâchoire inférieure. En bas elle pénétrait dans le médiastin antérieur, et sur les côtés elle avait pour limites les muscles, les vaisseaux et les nerfs cervicaux qui s'étaient amincis et comme collés à la peau.

Tête. La dure-mère était dans son état naturel. L'arachnoïde qui couvre l'hémisphère droit était épaissie, particulièrement dans les lieux correspondant à la fosse pariétale; elle avait perdu sa transparence : sa couleur ressemblait à celle de l'ivoire. Du côté gauche elle était

encore plus épaisse et plus opaque que dans l'état sain, mais moins que du côté droit. La substance grise et la substance blanche du cerveau paraissaient plus injectées que dans l'état naturel. Les ventricules contenaient une petite quantité de sérosité, que l'on pouvait évaluer à une cuillerée à café pour les deux. La pie-mère du ventricule droit était d'un rouge ponceau très-vif, et un peu épaissie. Celle du côté gauche était moins colorée. Rien de particulier au cervelet.

Nous voyons par cette observation, une affection du corps thyroïde, qui a pris le caractère du squirrhe: elle a été confondue par le malade avec un goître ordinaire: aussi s'en est-il peu occupé. Lorsque j'ai été consulté, j'ai reconnu que la tumeur différait essentiellement du goître; son aspect particulier, les douleurs lancinantes dont elle était le siége, son accroissement rapide m'ont suffisamment décelé son caractère désorganisateur. A cette époque, l'altération pathologique était déjà trop avancée, pour qu'on ait pu la faire rétrograder. Le malade était menacé d'une mort inévitable.

Pendant l'existence de cette affection, des douleurs de tête, surtout du côté droit, augmentaient encore les tourmens du malade. On a trouvé à l'ouverture du corps des traces d'arachnoïdite chronique compliquées d'une injection vasculaire de l'organe cérébral (1).

---

(1) S'il est permis d'établir une relation entre la maladie du corps thyroïde et le développement de l'affection encéphalique, il serait peut-être rationnel d'attribuer celle-ci à la gêne de la respiration, par conséquent à l'embarras de la circulation cérébrale; car, quoique l'auteur n'ait pas signalé d'une manière spéciale le trouble de la respiration, on ne peut guères douter que cette fonction n'ait été lésée. En effet, il est dit, dans cette observation intéressante sous plus d'un rapport, que la tumeur du corps thyroïde pressait tellement l'œsophage, que la déglutition était très-difficile et ne pouvait s'opérer que quand le malade se tenait couché sur le côté droit; elle devint laborieuse à un tel point, que

Ce n'est point l'inflammation de l'arachnoïde qui a déterminé la mort du malade, elle n'était point assez intense pour produire cet effet; elle n'a pu qu'y contribuer. Je pense qu'elle doit être attribuée à la douleur et à l'épuisement des matériaux propres à entretenir la vie.

Est-il donc impossible, dans l'état actuel de la science, d'empêcher une semblable maladie de devenir mortelle? Je suis porté à croire que si l'on pouvait de bonne heure prévoir qu'un gonflement du corps thyroïde fût susceptible de prendre le caractère cancéreux, il ne serait pas impossible de prévenir une dégénérescence aussi funeste, en traitant la maladie dans le principe d'une manière puissamment antiphlogistique et révulsive. Mon opinion n'étant fondée que sur l'analogie, elle ne pourrait être de quelque poids qu'autant qu'elle serait confirmée par un certain nombre d'observations. C'est pourquoi je désire appeler l'attention des praticiens sur les affections du corps thyroïde, et leur prouver que cet organe est susceptible d'être affecté d'une manière analogue aux autres tissus de l'économie, et conséquemment que toutes ses maladies ne doivent pas être considérées comme des goîtres.

---

le malade pouvait à peine prendre quelques cuillerées de bouillon, et éprouvait alors les angoisses de la suffocation. On peut croire, d'après cela, que le conduit aérien était comprimé. L'autopsie cadavérique d'ailleurs ôte tous les doutes à cet égard. Or, on voit l'affection cérébrale, à laquelle était du reste disposé le malade par son tempérament et par sa maladie antérieure, suivre en quelque sorte les progrès de la tumeur et de la compression qu'éprouvaient le larynx, la trachée-artère et l'œsophage; et outre les traces d'arachnoïdite, on a observé une injection vasculaire du cerveau. Ces diverses raisons nous semblent rendre probable l'opinion que nous émettons. (*Le R.*)

Observation de rétention d'urine causée par la présence d'un calcul dans l'urètre, suivie de quelques considérations; par M. Boulu, *D. M. P.* (*Lue à l'Académie, le 19 mai* 1825.)

J. Jacques Rousseau, âgé de 5 ans, né de parens très-sains, éprouvait depuis deux ans environ, des hématuries peu abondantes, il est vrai, mais qui se renouvellaient assez fréquemment. Du reste, l'existence d'un calcul ne se manifesta par aucun autre symptôme; jamais cet enfant ne se plaignit de ressentir la moindre douleur dans la vessie, ni en urinant, pas même lorsqu'il rendait du sang; néanmoins cette dernière circonstance inquiétant ses parens, ils prirent conseil d'un médecin qui les rassura et se contenta de prescrire une tisane légèrement diurétique, lorsque ces hémorragies viendraient à se manifester. Telle était la situation de l'enfant, lorsque le 7 mai dans la nuit il fut atteint tout-à-coup d'une rétention d'urine. Le lendemain matin je fus appelé pour voir le malade. Je le trouvai dans un état de douleur extrême, faisant des efforts considérables mais inutiles pour uriner, le ventre tendu, la figure rouge, avec beaucoup de fièvre et de chaleur à la peau. La première indication à remplir était sans doute de faire cesser le plutôt possible cette rétention d'urine par l'introduction d'une sonde dans la vessie; c'est en effet ce que je voulus faire, mais l'enfant poussa des cris tellement violens que ses parens effrayés me prièrent de ne pas le sonder. Je fus obligé de céder quoiqu'avec regret à leurs instances et de renoncer pour le moment à en venir au cathétérisme. Je fis alors mettre le petit malade dans le bain. Je fis appliquer sur le ventre des fomentations émollientes; j'ordonnai des lavemens à l'eau de son, une tisane d'orge et de chiendent et la diète.

Le même jour à huit heures du soir je fus appelé de nouveau pour voir l'enfant. Il était sans connaissance et dans des convulsions dont les accès ne laissaient entre eux que peu d'intervalle. En portant mes regards sur le ventre, je fus frappé de son énorme distension; tous les moyens que j'avais conseillés le matin, quoiqu'exécutés avec soin, n'avaient produit aucun effet salutaire. J'étais encore loin de me douter de la cause d'aussi graves accidens, lorsque profitant de la position fâcheuse dans laquelle se trouvait l'enfant, j'essayai de le sonder, mais à peine l'instrument eut-il franchi une partie de l'urètre, qu'il fut arrêté par la présence d'un corps étranger placé dans la partie spongieuse de ce canal, immédiatement au-dessus de la cloison des dartos, et que je pensai être un calcul. Je renonçai donc à sonder le malade, et l'extraction de ce corps étranger fixa seule mon attention. J'avoue ici avec franchise que si j'avais eu à ma disposition les pinces de *Hunter*, celles de *Marigny* ou toute autre, j'aurais tenté de faire l'extraction du calcul par le canal de l'urètre, mais j'eus perdu un temps précieux à me procurer ces instrumens, et au milieu du danger qui menaçait cet enfant, je pensai que l'incision était *le moyen le plus* prompt pour extraire ce corps étranger, et par conséquent faire cesser la rétention d'urine. Je n'hésitai pas à la pratiquer. Je fis aussitôt relever la verge avec la précaution de faire tirer la peau vers le gland pour éviter que l'incision de celle-ci ne fût parallèle à celle de l'urètre; je fixai la pierre avec le pouce et le doigt indicateur de la main gauche, et je fis de la droite une incision longitudinale d'environ 5 lignes; je ne compris dans cette première incision que la peau, puis les deux bords de la plaie s'écartant, j'incisai l'urètre un peu obliquement; j'aperçus aussitôt le calcul, et le saisissant avec une pince ordinaire par son extrémité antérieure, j'en fis l'extraction. Il s'écoula peu de sang

dans cette opération durant laquelle l'enfant sortit de son état d'assoupissement et poussa quelques cris. Aussitôt l'extraction de la pierre faite, il s'écoula par la verge une quantité considérable d'urine très-rouge; sur la fin il en sortit un peu par la plaie que je pansai ensuite simplement sans placer de sonde dans l'urètre. Après avoir uriné, le malade tomba dans un état d'assoupissement complet dont il ne sortit que huit heures après l'opération. Je le vis le lendemain matin, conjointement avec le docteur Navières; son état était des plus satisfaisans; il avait uriné beaucoup encore par la verge et très-peu par la plaie. Il était calme et sans fièvre, souffrant seulement dans le canal. Le troisième jour tout danger avait disparu. L'enfant n'éprouvait plus de douleurs nulle part; il ne s'écoula plus dès cette époque une seule goutte d'urine par la plaie qui aujourd'hui est presqu'entièrement cicatrisée.

Réflexions.— Cette observation me paraît remarquable sous plusieurs rapports : d'abord sous le rapport des symptômes graves auxquels la rétention d'urine avait donné lieu, et qui me favorisèrent en quelque sorte pour pouvoir sonder le petit malade et découvrir la cause de tous ces accidens. Comme on se le rappelle, il n'y avait pas de temps à perdre, et peut-être qu'un quart d'heure plus tard l'enfant eût expiré. Le danger imminent dans lequel je le voyais, le volume de la pierre présumé trop gros, l'inflammation que son séjour dans l'urètre y avait déterminée, et sa situation antérieure encore loin de l'extrémité antérieure de ce canal, telles sont les raisons majeures qui m'engagèrent à faire de suite une incision au canal urétral; et d'ailleurs cette incision a si peu de dangers; ne vaut-il pas mieux pratiquer cette simple opération en une minute ou deux que d'employer quelquefois un temps très-long à tourmenter un malade avec des instrumens divers introduits

tour-à-tour dans l'urètre, comme le fit dernièrement un de nos jeunes confrères qui passa vingt heures à extraire un calcul de cette manière. Loin de blâmer sa conduite, je me plais au contraire à admirer sa patience; néanmoins je dirai que l'opération par l'incision est sujette à beaucoup moins de dangers que l'extraction par le canal même; et en effet cette dernière exige souvent de la part de l'opérateur des manœuvres réitérées qui ne laissent pas que de causer beaucoup de douleurs au malade, et souvent exposent la membrane muqueuse à être déchirée, soit par les instrumens dont on se sert, soit par la pierre elle-même, surtout si elle présente des aspérités et qu'elle ait un certain volume. En outre, le séjour prolongé de la pierre dans l'urètre détermine souvent une inflammation si vive dans la membrane muqueuse, que le canal se trouve en quelque sorte étranglé, et que toute manœuvre pour extraire la pierre par le canal augmente encore l'inflammation et devient une nouvelle cause d'étranglement. Presque toujours dans ce cas il survient une fistule urinaire très-difficile à guérir.

On se rappelle sans doute que j'ai dit dans le cours de l'observation n'avoir point placé de sonde dans l'urètre, comme le conseillent la plupart des auteurs. Je pensai qu'en supposant que les premiers jours il s'écoulerait quelques gouttes d'urine par la plaie, il surviendrait au troisième, comme dans l'opération de la taille, une inflammation adhésive qui s'opposerait entièrement à son passage, et que de cette manière la plaie serait beaucoup plus tôt guérie qu'en introduisant une sonde dans le canal; c'est ce qui arriva en effet, puisque dès le troisième jour il ne s'écoula pas une seule goutte d'urine par la plaie: peut-être que cela tint aussi à la précaution que j'eus d'inciser l'urètre obliquement, et la peau longitudinalement, circonstance qui favorise le rapprochement des bords de la plaie faite à la muqueuse urétrale. Je suis loin

cependant de penser que dans tous les cas il ne faille pas introduire une sonde dans le canal; je crois au contraire que, dans le cas où on est obligé de faire une grande ouverture, il ne faut pas négliger cette précaution.

Trop jeune encore dans la carrière médicale, loin de moi l'intention de vouloir donner ici des conseils; ces réflexions me sont suggérées par le désir seul de m'instruire, m'en référant entièrement à cet égard à la sagacité et à l'expérience des praticiens distingués auxquels j'ai l'honneur de les soumettre.

Mémoire sur le cyanure d'iode et sur ses effets toxiques; par SCOUTETTEN, *D. M. P., membre de plusieurs Sociétés savantes, etc.*

MALGRÉ les tentatives réitérées des chimistes, on n'était point encore parvenu à combiner l'iode et le cyanogène, quand M. Sérullas dirigea ses recherches sur ce point. Frappé du résultat des belles expériences de MM. Davy et Faraday sur la liquéfaction des gaz, ce chimiste crut devoir suivre la marche qu'ils ont indiquée; il mit en conséquence dans un tube de verre, qui fut ensuite scellé à la lampe, du cyanure de mercure et de l'iode. L'application de la chaleur sur le point où était le mélange des deux corps détermina la décomposition du premier et la volatilisation d'une grande partie du second. Bientôt de l'iodure rouge de mercure se forma, une petite quantité de liquide s'accumula dans la partie courbe du tube opposée à celle qui était soumise à l'action de la chaleur, et un peu au-dessus de l'iodure de mercure et du résidu charbonneux de la décomposition du cyanure, on vit se fixer une matière blanche, d'apparence très-légère, semblable à du coton; elle s'y accumula en assez grande abondance pour remplir tout le diamètre dans un

espace de trois à quatre centimètres. La matière inconnue ayant été recueillie, fut aussitôt examinée dans ses principales propriétés; elle était blanche et d'un aspect lanugineux ; seulement quelques parties présentaient des points grisâtres, dus à de l'iode volatilisé qui s'y trouvait en mélange. Son odeur très-piquante, quoique particulière, participait de celle de l'iode et du cyanogène; sa saveur, très-caustique, laissa un arrière-goût métallique très-prononcé (1).

Quoique l'expérience eût parfaitement réussi, d'autres raisonnemens conduisirent bientôt à croire que la forte pression gazeuze qui avait été exercée n'était point nécessaire pour obtenir le cyanogène. M. Sérullas abandonna ce moyen pour recourir à un procédé beaucoup plus simple ; le voici : on triture soigneusement et promptement ensemble, dans un mortier de verre, deux parties de cyanure de mercure bien sec et une partie d'iode aussi parfaitement desséchée ; on introduit le mélange dans une cornue en verre dont le col est introduit dans celui d'un autre récipient de même substance, on chauffe ensuite graduellement jusqu'à ce que le cyanure de mercure commence à se décomposer; la crépitation, la disparition de quelques vapeurs violettes et un commencement de condensation de la matière blanche dans le col de la cornue en sont les indices. On peut alors retirer le feu et l'opération continue.

En employant, pour la préparation du corps nouveau, du cyanure de mercure et de l'iode dans les proportions indiquées, on évite l'inconvénient d'une surabondance d'iode; mais il ne reste pas moins indispensable de lui

(1) Ce corps n'étant encore que peu connu, j'ai cru devoir présenter les faits chimiques les plus importans ; ceux qui désireront des détails plus étendus peuvent consulter le mémoire de M. Sérullas, lu à l'Académie royale des Sciences de l'Institut, le 22 mai 1824, et imprimé dans les *Annales de Chimie et de Physique*, tome 27.

faire subir une sublimation, qui a pour objet de le séparer d'une certaine quantité d'iodure de mercure qui s'y trouve toujours mêlée. Cette sublimation doit être faite à une chaleur très-modérée.

On s'assure de l'absence absolue du mercure dans le cyanure d'iode en traitant ses cristaux par une dissolution concentrée de potasse caustique, puis par de l'acide nitrique un peu en excès; la plus petite quantité de mercure qui s'y trouverait donnerait lieu à un précipité d'iodure rouge de mercure.

Le cyanure d'iode, quand il a été sublimé à une douce chaleur, est très-blanc, et se présente sous la forme de très-longues aiguilles, excessivement minces; son odeur est très-piquante; il irrite vivement les yeux et provoque le larmoiement. Sa pesanteur spécifique est plus grande que celle de l'acide sulfurique, à travers lequel il se précipite promptement. Il se volatilise sans se décomposer à une température beaucoup plus élevée que celle de l'eau bouillante; projeté sur un charbon ardent, il donne d'abondantes vapeurs violettes; il est soluble dans l'eau, et plus encore dans l'alcohol. Ces solutions, incolores, ont l'odeur et la saveur de la substance même; elles ne rougissent point la teinture de tournesol ni celle de curcuma : ce qui prouve qu'il n'est ni acide ni alcalin, et que, seul, il ne décompose pas l'eau; il ne produit pas de précipité avec le nitrate d'argent. L'analogie qu'on a rencontrée si fréquemment entre le chlore et l'iode dans leurs combinaisons avec les autres corps ne se présente plus ici, puisque la combinaison du chlore et du cyanogène jouit de propriétés acides que nous ne trouvons pas dans celle d'iode et de cyanogène.

Pour déterminer les proportions des principes constituans du cyanure d'iode, des quantités variées de ce corps ont été décomposées sur de la tournure de fer incandescente. L'iodure de fer qui en est résulté, traité par la

potasse pure, a produit de l'iodure de potassium, qui, d'après la composition connue, en prenant la moyenne de cinq expériences, présente, pour chaque gramme de cyanure, 0,8066 d'iode; ce qui permet, en évaluant d'après l'atome, d'admettre qu'un gramme de cyanure d'iode contient : iode, 0,828.... 1 atome; cyanogène, 0,172.... 1 atome. Il est cependant à remarquer que dans chaque expérience la quantité d'iode était un peu moins forte que celle qui devrait s'y trouver, d'après la supposition, dans le cyanure, d'un atome d'iode et un atome de cyanogène.

D'après l'examen chimique que nous avons présenté, on pouvait facilement prévoir que le cyanure d'iode doit avoir sur l'économie animale une action énergique. Mais de simples présomptions ne suffisaient pas, il fallait des faits pour établir l'histoire complète de ce corps; or, voici ceux que l'expérience nous a fait connaître.

I.re *Expérience.*—Deux grains de cyanure d'iode, dissous dans une demi-once d'eau, furent administrés à un lapin (1); presque aussitôt il éprouva des mouvemens convulsifs dans les pattes et les muscles de la partie postérieure du tronc; il poussa des cris et tomba sans mouvement : cependant la respiration se fit encore à de longs intervalles, en s'accompagnant de cris plaintifs qui se prolongèrent durant quelques minutes; la pupille se dilata fortement et resta immobile; bientôt la mort fut complète. A l'ouverture du corps, qui fut faite sur-le-champ, nous ne reconnûmes aucune lésion dans la bouche, l'estomac, les intestins et les poumons; les oreillettes du cœur seules nous parurent fortement distendues par le sang.

Cette expérience, suivie aussitôt de deux autres, nous offrit les mêmes résultats.

L'action du cyanure d'iode est ici bien évidente; c'est

(1) Nous devons noter qu'une partie du cyanure ne fut pas dissoute, qu'une autre se vaporisa, et qu'une troisième fut perdue en administrant la solution; il en résulte qu'on ne peut compter que sur l'action d'un grain.

un poison extrêmement actif, au moins pour les lapins; il les tue avec une rapidité qui nous a paru surpasser celle de l'acide hydrocyanique le plus concentré. Nous pensâmes d'après cela qu'il n'était pas étonnant de ne pas rencontrer de lésion organique; la promptitude de la mort semblait devoir y mettre obstacle. Malgré les probabilités en faveur de cette opinion, elle fut détruite par les expériences suivantes.

IIme. *Expérience.* — Deux grains de cyanure d'iode, dissous dans une once d'eau, furent administrés à un lapin. A peine furent-ils introduits que déjà l'animal se trouvait sous leur influence délétère; posé à terre à l'instant, il éprouva de violentes convulsions en portant la tête en arrière; il jeta des cris, et mourut peu de momens après.

Nous ne fîmes l'ouverture de l'animal que vingt-quatre heures après la mort; nous trouvâmes des alimens remplissant l'estomac, dont la membrane était rouge et friable; l'œsophage était aussi un peu plus coloré que dans l'état normal; les intestins grêles n'avaient aucune altération. Les poumons, gorgés de sang, présentaient à leur surface des plaques noirâtres formées par de véritables ecchymoses; la trachée-artère et les bronches étaient rouges et enflammées. Le cœur avait tous ses vaisseaux fortement gorgés de sang; ses ventricules et ses oreillettes en contenaient une grande quantité coagulé. Le cerveau n'offrait point d'altération dans sa structure, mais les vaisseaux de la pie-mère étaient fortement gorgés; on en remarquait surtout plusieurs près de l'entrecroisement des nerfs optiques et du mésocéphale, dont la distension était si forte qu'on s'étonnait qu'ils ne se fussent pas encore rompus. Le prolongement rachidien n'offrit aucune lésion apparente.

IIIme. *Expérience.* — Le 20 juin 1825, nous prîmes un chien barbet de moyenne stature, et nous lui administrâmes d'abord quatre grains de cyanure d'iode dissous dans

une once d'eau. L'animal n'éprouva d'abord aucun accident ; ce ne fut que quelques minutes après l'injection du poison que l'on remarqua l'accélération de la respiration et des efforts pour vomir ; bientôt en effet il rendit une grande quantité de substances alimentaires, desquelles s'exhalait l'odeur du cyanure. Après quatre vomissemens, les efforts cessèrent ; un air triste et abattu remplaca l'agitation, et un quart-d'heure environ après l'administration du poison, l'animal paraissait assez bien rétabli.

Deux grains de cyanure en dissolution furent de nouveau administrés (une partie du liquide fut perdue en voulant le donner) ; quelques minutes après la respiration s'accéléra fortement, les pattes vacillèrent, et l'animal marchait comme s'il eût été ivre ; quelquefois il était sur le point de tomber, mais une contraction brusque lui rendait promptement l'équilibre. Ces accidens ne tardèrent pas à se dissiper, et l'on fut forcé pour les reproduire de donner une nouvelle dose de trois grains de cyanure en dissolution dans l'eau. L'ingestion fut fort bien faite, aussi l'accélération de la circulation et les mouvemens convulsifs reparurent bientôt ; l'animal tomba en poussant des cris aigus ; les muscles se contractaient avec violence alternativement en avant et en arrière : les mouvemens cessèrent, et l'on ne remarqua plus qu'une contraction convulsive des lèvres chaque fois qu'il devait se faire une inspiration, qui toujours était profonde et suspirieuse.

La gueule contenait d'abord une écume blanchâtre abondante ; puis il s'en écoula une sanie sanguinolente. Les battemens du cœur, fort ralentis et très-irréguliers peu de temps après l'ingestion, revinrent un quart-d'heure après l'ingestion à cinquante pulsations par minute (1). Les mouvemens convulsifs cessèrent totalement ;

(1) Les chiens ont habituellement 80 pulsations, et même plus, par minute.

mais il restait une rigidité très-grande des pattes antérieures. Cet état persista jusque vers midi; alors, étant venu à le tirer par la queue, il se dressa sur ses pattes et se mit à grogner fortement en grinçant des dents. Etant absent dans ce moment, la personne qui se trouvait près de l'animal craignant qu'il ne devînt furieux et qu'il n'occasionât quelque accident, lui donna un coup de barre de fer sur la tête et le tua.

Le lendemain matin nous en fîmes l'ouverture, et nous trouvâmes les lèvres, la gorge et l'œsophage fortement irrités; l'estomac était couvert extérieurement d'un peu de sang, qui nous parut avoir transsudé à travers la tunique péritonéale. La membrane muqueuse était épaissie, noirâtre, bosselée, particularité due à des caillots de sang formés entre les tuniques musculeuse et muqueuse; elle était altérée dans toute son étendue, surtout vers le bas-fond. La cavité de l'estomac contenait une grande quantité de sang exhalé; vers le milieu de l'intestin grêle, nous trouvâmes encore un peu de sang exhalé. Toute la trachée-artère et les bronches étaient rouges et tachées par du sang, qui avait transsudé; les poumons en étaient gorgés, et la plèvre droite en avait exhalé. Le feuillet extérieur du péricarde était sain, mais le cœur était recouvert d'une couche de sang coagulé; la paroi antérieure du ventricule gauche présentait une large ecchymose profonde de deux lignes; les reins, la vessie et les autres organes de l'abdomen étaient sains; la tête ne fut point ouverte.

Une différence totale caractérise, comme l'on voit, les résultats de l'autopsie cadavérique; nous en fûmes fortement frappés. Avions-nous mal observé la première fois, ou les altérations rencontrées en dernier lieu n'étaient-elles qu'accidentelles ? De nouveaux faits devaient résoudre la question.

III.me et IV.me *Expériences.* — Un lapin fut tué par le

cyanure d'iode administré comme nous l'avons indiqué précédemment ; les mêmes phénomènes convulsifs eurent lieu, et aussitôt après la mort nous fîmes l'autopsie. Ainsi que dans la première expérience, nous ne remarquâmes aucune lésion bien prononcée.

Un second lapin, tué de la même manière, ne fut ouvert que vingt-quatre heures après la mort, et nous trouvâmes des altérations dans l'estomac, les poumons et le cœur, analogues en tout à celles mentionnées dans la seconde expérience.

Nous commençâmes alors à croire que l'époque de l'ouverture influe singulièrement sur la présence ou l'absence des lésions ; une série de nouvelles expériences vint nous démontrer le fondement de nos soupçons, et nous prouver d'une manière plus péremptoire qu'on ne l'avait fait jusqu'à ce jour que la vie organique persiste assez long-temps après la mort générale pour opérer des altérations telles qu'on aurait pu ne les croire possibles que pendant l'existence des animaux. Le fait que nous signalons est des plus curieux et des plus importans, et son explication ne nous semble possible qu'en admettant que le cyanure d'iode anéantit les fonctions du système nerveux de relation en laissant subsister encore long-temps celles du système nerveux de la vie organique. Dans cette hypothèse, la circulation capillaire continuant à s'exercer, le sang est poussé vers les parties irritées ; il s'y arrête, s'y accumule, et l'on retrouve après la mort les altérations qu'il a produites. Les faits ne se passent ainsi que quand l'ouverture du cadavre n'a lieu que long-temps après que la vie a cessé ; mais si on la pratique aussitôt, la colonne d'air venant à passer sur des parties qui ne sont point naturellement exposées à son influence immédiate, les capillaires n'ont point assez de force pour surmonter la résistance de la colonne d'air, le sang n'arrive pas dans les parties irritées, le refroidissement survenant bientôt y

met un nouvel obstacle, et l'on ne trouve point de trace de lésion (1).

Notre remarque n'est point seulement applicable aux effets du cyanure d'iode, les mêmes phénomènes ont lieu à peu près toutes les fois qu'on ouvre des cadavres encore chauds; je crois devoir appeler l'attention des expérimentateurs sur ce fait, afin qu'ils ne se hâtent point à faire les ouvertures, et qu'ils évitent les erreurs qui en résulteraient nécessairement.

Ces observations suffisamment indiquées, passons à d'autres considérations.

Plusieurs questions se sont encore présentées à notre esprit; il fallait savoir si le cyanure d'iode porte une action spéciale sur les organes de la digestion, de la respiration et de la circulation, ou bien s'il n'agit sur ces derniers que par l'introduction dans les voies aériennes du poison volatilisé par la température des parties. Des faits seuls pouvaient nous éclairer : voici ceux que nous avons obtenus.

V.me *Expérience.* — Quatre grains de cyanure d'iode en substance furent placés sous la peau de la partie postérieure du tronc de deux lapins; la plaie fut refermée avec une épingle. Quelques minutes après, les accidens ordinaires de l'empoisonnement se manifestèrent, mais la mort tarda beaucoup plus qu'après l'ingestion dans les voies digestives. Examinés vingt-quatre heures après la mort, nous trouvâmes dans les poumons, le cœur, l'estomac et le cerveau les mêmes altérations qu'après l'ingestion par la bouche. Les parties touchées par le poison étaient rouges, évidemment enflammées; l'iode, qui s'était séparé, avait coloré en jaune les poils, la peau et les mus-

---

(1) *Voyez*, pour les preuves à l'appui de ce raisonnement, mes expériences insérées dans ce Journal, tome III, note de la page 501.

cles situés profondément sous le point où le cyanure avait été déposé.

La même expérience, répétée un grand nombre de fois, nous donna des résultats à peu près les mêmes : nous sommes donc disposés à croire que le cyanure d'iode a une action spéciale sur les organes de la digestion et de la circulation; quant à la congestion du cerveau, nous pensons qu'elle est due en grande partie à l'engorgement des poumons.

L'action du cyanure d'iode, quoique constamment la même, offre toutefois des différences sensibles dans ses effets immédiats et secondaires. Chez la plupart des animaux que nous avons tués, des convulsions violentes sont survenues presque à l'instant; chez quelques-uns, elles étaient accompagnées de cris aigus ; chez d'autres, on n'entendait point de cris, et plusieurs sont morts avec une rapidité si grande qu'on n'avait pas le temps de les poser à terre.

Nous avons remarqué également des anomalies dans les lésions organiques; par fois l'estomac était peu enflammé; les poumons n'offraient que des taches ecchymosées peu profondes, et le cœur n'avait rien de remarquable. Ces particularités tiennent à des causes qu'il ne nous paraît pas facile d'assigner, ayant trouvé des lésions graves chez des animaux tués promptement, et de légères chez d'autres morts avec lenteur.

La quantité de cyanure d'iode que nous avons employée dans chacune de nos expériences doit être regardée comme beaucoup plus forte qu'il ne la faut pour occasioner la mort : nous nous sommes assurés qu'un demi-grain, complètement ingéré, suffit pour tuer les lapins; si cette quantité n'est pas introduite entièrement, l'accélération de la respiration et même des convulsions plus ou moins fortes ont lieu, mais la mort n'arrive pas.

Quoique le cyanure d'iode soit très-actif, nous ne pen-

sons pas qu'il agisse avec la même intensité sur tous les animaux ; les chiens paraissent en supporter mieux l'action ; il faut au moins cinq grains pour les tuer, encore ne réussira-t-on que quand l'estomac ne sera pas trop rempli d'alimens ; sans quoi ils vomissent, et une grande partie du poison est rejetée.

Quant à son action sur l'homme, nous ne faisons que la présumer par analogie ; nous pouvons seulement affirmer qu'il détermine des étourdissemens lorsqu'on est exposé à son émanation, et que lorsqu'on en place sur la langue il y produit une sensation de causticité très-vive et très-tenace.

Nous ne nous sommes pas bornés, pour connaître complètement l'action du nouveau composé d'iode, aux faits précédemment rapportés ; nous avons expérimenté comparativement en commençant par nous assurer de l'état normal des organes : cet examen nous a démontré que chez les lapins la membrane muqueuse de l'estomac est naturellement d'un blanc grisâtre, sans aucune trace de rougeur (1) ; que les poumons sont d'une belle couleur rosée, qui change peu après la mort, et qu'ils ne présentent jamais de tâches ecchymosées.

Expériences. — Deux lapins furent empoisonnés par cinq grains d'iode pur mis en suspension dans l'eau ; immédiatement après, ils éprouvèrent un peu de gêne, qui sembla se dissiper promptement ; mais bientôt l'un des deux manifesta beaucoup d'anxiété, ses jambes fléchirent, il se laissa tomber sur le côté, et mourut dans cette position après y être resté environ une heure et demie. A l'ouverture, faite vingt-deux heures après la mort, nous

---

(1) Il est très-remarquable que chez ces animaux l'estomac se crève avec une extrême facilité ; il n'est pas rare de trouver les alimens épanchés dans l'abdomen sans qu'on puisse en attribuer la cause à une forte pression extérieure. Il est utile de connaître cette disposition pour ne point l'attribuer à quelque effet pathologique produit par le poison.

trouvâmes le cardia fortement épaissi, un peu corrodé, et la membrane muqueuse environnante jaunâtre. Le cœur n'offrait point de lésions ; les poumons étaient légèrement ecchymosés.

Le second lapin ne mourut que quarante-huit heures après l'ingestion de l'iode ; les accidens immédiats furent à peu près les mêmes que dans le cas précédent, mais ils se dissipèrent fort bien, l'animal mangea, et nous le pensions tout-à-fait rétabli, quand tout-à-coup nous le trouvâmes mort sans avoir éprouvé aucune convulsion ni jeté aucun cri. L'examen des organes nous démontra que l'estomac était très-peu enflammé, et que le lobe supérieur du poumon droit était hépatisé.

Les réactifs chimiques, que nous mentionnerons particulièrement plus bas, nous démontrèrent la présence de l'iode libre et de l'iode combiné, probablement sous forme d'acide hydriodique, dans l'estomac du premier lapin : nous ne pûmes en découvrir la moindre trace dans l'estomac du second ; les poumons, le cœur et le sang de la veine cave, analysés, ne donnèrent aucun indice du poison.

L'acide hydrocyanique très-pur fut aussi employé *comparativement* ; l'animal périt en peu d'instans, en nous présentant, un peu plus tard toutefois, les mêmes mouvemens convulsifs que ceux produits par le cyanure d'iode. Les organes, examinés avec le plus grand soin, n'offrirent aucune trace de lésion. Dans un grand nombre d'expériences faites avec le même poison sur des animaux de toute grandeur, depuis le cabiai jusqu'au cheval inclusivement, le résultat fut le même. Nous publierons plus tard cette série de recherches et les conséquences où nous avons été conduits.

Ces divers essais nous permettent d'indiquer quelques signes à l'aide desquels on peut espérer de distinguer l'empoisonnement du cyanure d'iode de celui produit par des

corps qui peuvent lui ressembler un peu par la promptitude des effets toxiques.

La rapidité de la mort par l'action du cyanure d'iode permettra facilement de la distinguer de celle produite par l'iode pur, dont l'action, quoique très-active, ne peut pas lui être comparée. Les phénomènes pathologiques offrent encore des différences très-tranchées; les convulsions violentes et rapides déterminées par le cyanure d'iode ne surviennent pas après l'empoisonnement par l'iode; ces signes sont les plus saillans et peuvent seuls éclairer. Les essais chimiques ne nous peuvent servir que fort peu; si l'on trouve de l'iode libre, on peut établir que ce corps a été introduit à l'état de pureté; s'il est à l'état d'acide, on ne peut plus rien décider. Il ne nous reste plus que les altérations organiques qui peuvent donner quelques indices; les taches fortement ecchymosées du poumon, et les hémorrhagies de la plèvre et du péricarde nous disposeront à croire que c'est le cyanure d'iode qui a été introduit; l'absence de ces signes nous portera à penser que c'est l'iode.

Il est facile de distinguer l'empoisonnement par l'acide hydrocyanique de celui par le cyanure d'iode. Dans le premier, on ne trouve pas de traces de lésions organiques, quelle que soit l'époque à laquelle on ouvre le cadavre; dans le second, nous avons vu qu'elles sont constantes. Les réactifs chimiques ne parviennent pas à démontrer la présence de l'acide hydrocyanique, à moins qu'il n'ait été donné à très-grandes doses; on retrouve toujours les traces du poison après l'action du cyanure d'iode.

Expériences chimiques pour retrouver le poison (1). — Ce ne fut qu'après plusieurs essais infructueux qu'on parvint à reconnaître dans les organes la présence d'un

(1) C'est à la bienveillante complaisance de M. Sérullas, qui a été témoin de toutes les expériences, que je dois ces détails chimiques.

des élémens du cyanure d'iode. L'expérience nous a enfin éclairés, et voici les procédés qui nous ont constamment réussi : l'estomac, enlevé avec précaution en le séparant de l'œsophage et du duodénum, était lavé dans un peu d'eau : ce liquide, traité par la gelée d'amidon, n'éprouvait aucun changement, ce qui démontre qu'il n'y avait pas d'iode libre ; mais dès qu'on ajoutait une goutte d'acide nitrique, la combinaison d'iodure bleu d'amidon se formait à l'instant. Il nous est arrivé une fois de ne pas rencontrer le poison dans l'estomac ; mais en traitant la langue et l'œsophage comme nous venons de l'indiquer, on en reconnut aussitôt les traces.

Voulant rechercher le cyanogène, l'un des élémens du poison, nous traitâmes les tissus par la solution de potasse caustique ; puis y ajoutant du proto-sulfate de fer, et en dernier lieu de l'acide hydrochlorique, pour avoir de l'hydrocyanate de fer, ce qui aurait lieu s'il eût existé quelques traces de cyanogène, nous ne pûmes jamais obtenir ce résultat, lors même que nous fîmes ces expériences immédiatement après l'ingestion du poison.

Le sang contenu dans les cavités du cœur et dans la veine-cave, les poumons et le cerveau, ont été examinés successivement par les réactifs indiqués, et ne nous ont fourni aucun indice du poison.

Nous avons encore étudié avec soin les changemens chimiques opérés dans le cyanure en substance placé sous la peau ; les réactifs ont ici démontré la présence d'un peu d'iode libre, et des traces extrêmement légères de cyanogène ; toutefois la majeure partie de l'iode était passée très-probablement à l'état d'acide hydriodique.

Comment agit le poison ? Son premier effet est de produire une violente irritation ; il détermine à l'instant l'inflammation des gencives et de toutes les parties qu'il touche ; si la vie se prolonge, le sang s'échappe des vaisseaux, rend l'écume sanguinolente, et quelquefois même

le sang sort presque pur. Ces accidens n'ont souvent pas le temps de se manifester aussi sensiblement à cause de la rapidité avec laquelle la mort arrive : outre le développement des mouvemens convulsifs, le cyanure d'iode produit encore des phénomènes de narcotisme : la dilatation des pupilles, l'état d'hébétude et l'affaissement musculaire observés avant et après les convulsions en sont des preuves suffisantes ; nous croyons donc devoir le ranger dans la classe des poisons narcotico-âcres.

Quels seraient les moyens d'arrêter les effets de l'empoisonnement par le cyanure d'iode?

Le premier soin serait de faire avaler aussitôt une grande quantité de liquide, afin de déterminer le vomissement. Si cette précaution n'arrêtait pas les effets du poison, on verra alors se développer des accidens de deux espèces : les premiers seront des mouvemens convulsifs plus ou moins violens ; le meilleur moyen de les combattre sera de frotter les tempes avec de l'alcohol, de l'ammoniaque liquide, ou mieux encore de l'éther ; on pourra faire respirer légèrement ces liqueurs. Si les convulsions ne cessaient pas, on ne devrait pas recourir à la décoction de café, de quinquina et autres stimulans dont on a conseillé l'emploi ; des expériences mieux faites ont démontré que ces agens sont presque toujours nuisibles.

Lorsque cette première série d'accidens aura disparu, on verra inévitablement survenir les accidens inflammatoires ; comme ils se manifesteront aux poumons, au cœur et à l'estomac, on devra pratiquer aussitôt une large saignée générale, puis on attaquera chaque phlegmasie particulière par les moyens locaux les plus appropriés ; il est inutile de remarquer que les boissons doivent être aussi douces que possible.

Le cyanure d'iode pourrait-il avoir quelque application en médecine?

L'action déjà connue des corps qui le composent sem-

blerait devoir rendre affirmative la solution de cette question; il semblerait possible que, donné à la dose d'un 8.me ou d'un 10.me de grain, il eût une action avantageuse dans les maladies où le système lymphatique est principalement affecté; mais l'expérience n'ayant point encore prononcé, nous ne la précéderons pas par un jugement anticipé.

Conclusions générales. — 1.° Le cyanure d'iode est un composé nouveau produit par l'union chimique du cyanogène et de l'iode.

2.° C'est un corps extrêmement irritant, produisant la mort chez quelques animaux avec une rapidité étonnante.

3.° Mis en contact avec les tissus vivans, il se décompose à l'instant; cet effet est également produit, mais plus lentement, par les parties musculaires privées de la vie.

4.° Il paraît avoir une action spéciale sur les poumons, le cœur et l'estomac, dans lesquels il détermine des désordres profonds.

5.° Les réactifs chimiques, convenablement employés, nous ont constamment démontré dans les cadavres la présence de l'iode et jamais celle du cyanogène.

Sur des monstruosités humaines caractérisées par le défaut de moelle cérébro-spinale, et nommées Anencéphales (1); *par M.* Geoffroy Saint-Hilaire.

J'ai déjà, dans quelques écrits, traité plusieurs fois de l'histoire des Anencéphales humains. Et d'abord, je dirai que sous le nom d'*anencéphale*, j'entends les monstruosités qui sont privées de moelle médullaire tant cérébrale que spinale : ainsi, c'est employer ce mot dans un sens qui

(1) Extrait d'un Mémoire qui a paru dans les troisième et quatrième cahiers des *Mémoires du Mus. d'hist. nat.*, tome 12, comprenant les pages 233 à 293.

ne s'applique qu'à ses données étymologiques, et conséquemment dans un sens plus restreint qu'on ne l'avait fait jusqu'ici.

Le défaut de substance médullaire est, dans ces monstruosités, simultané à une bien singulière modification du système osseux : la charpente vertébrale a perdu l'une de ses formes principales, son état annulaire pour chacun de ses compartimens, ou l'état tubulaire quant à son ensemble. On dirait que l'étui solide qui contient la moelle cérébro-spinale aurait été fendu dans sa longueur, et que ses parties se seraient déployées et rangées symétriquement à droite et à gauche : la charpente crânio-vertébrale n'a plus à sa partie postérieure que l'apparence d'une table alongée.

Cependant aucune partie osseuse, aucune des enveloppes méningiennes ne manquent : celles-ci, assujetties à la nouvelle disposition de la surface qui leur sert de base, étendues et aplaties comme l'adossement en table de la charpente vertébrale, ont toutefois conservé leur condition vasculaire : elles restent un sac, qui est vide, et dont les deux couches sont alors plutôt posées qu'appliquées l'une sur l'autre.

Que j'aie trouvé vide le sac des méninges, ce n'est pas dans une seule occasion : ayant déjà autrefois donné cette observation, elle a fait naître quelque réclamation (1). La chose a bien pu en effet et dû paraître douteuse : je considère moi-même que la poche méningienne aura été primitivement et tout récemment remplie ; *primitivement*, car il faut un contenu quelconque pour porter des sacs membraneux à développer une capacité : si je n'ai point aperçu de liquide, de l'air aura pu ou avait bien pu opérer ce résultat ; et tout *récemment*,

(1) M. le docteur Jourdan, dans son excellent article *Monstruosité*, du *Dictionnaire abrégé des Sciences médicales*, tome 11, page 153.

parce que des aponévroses, qui arrivent au contact et qui y persévèrent quelque temps, produisent bientôt du tissu cellulaire qui en procure la jonction.

Des arrachemens se voient tout autour de la table crânio-vertébrale : la peau qui y aboutit y développe une sorte de bourrelet ; celui-ci conserve la trace et montre la coupe d'une autre poche qui existait plus extérieurement. J'ai, par une longue discussion dans mon Mémoire, rendu vraisemblable, je crois, que les élémens de cette autre poche sont fournis par des membranes provenant d'enveloppes fœtales. L'embryon est placé entre les poches de l'amnios et de l'allantoïde ; il fait face à la poche de l'amnios et s'y trouve presqu'entièrement plongé : il a au contraire à dos la poche de l'allantoïde. Par toutes les parties qui sont baignées dans les eaux de l'amnios, il croît d'une manière régulière ; mais à l'égard de celles du système crânio-vertébral, qui sont en contact avec les eaux de l'allantoïde, il est en retardement de développement : cela n'empêche pas que les nerfs vertébraux n'existent en même nombre qu'à l'ordinaire, et qu'ils ne sortent par leurs trous propres, mais ce sont alors des nerfs évidés et réduits à du névrilème ; ils viennent se perdre sur les lames internes des méninges.

Voilà quelles sont les conditions génériques de la monstruosité dite *anencéphalie*. Mais toutes les parties qui entrent dans cette combinaison peuvent être entr'elles dans des rapports de volume plus ou moins différens : c'est un second ordre de modifications ; ce qui est surtout vrai pour tous les points qui confinent aux parties ayant conservé les formes de l'état normal. Le frontal, par exemple, est grand et le rocher fort petit dans un *anencéphale ;* ces pièces présentent au contraire un rapport inverse dans un autre sujet. On conçoit que ces faits, venant à être constatés, en second lieu, puissent fournir des considérations, bien moins importantes physiologi-

quement, mais qui sont d'ailleurs très-heureusement distinctives comme caractères spécifiques.

La méthode des naturalistes est donc applicable aux êtres de la monstruosité. Les écarts qui portent sur les parties les plus essentielles constituent les faits primordiaux ou les *faits génériques*, et ceux au contraire qui ne modifient l'organisation normale qu'en des parties moins liées aux fonctions de la vie, constituent des faits du deuxième ordre, ou les *faits spécifiques*. Je ne me suis pas borné à donner cette proposition, uniquement comme un point de doctrine ; le troisième chapitre de mon Mémoire l'établit pratiquement, en ce qui concerne les *anencéphales*.

Depuis trois ou quatre années que mon attention s'est fixée sur la monstruosité, j'avais déjà eu occasion d'étudier quatre anencéphales, savoir, ceux de *Corniéville* (1), de *la Seine*, de *l'Hôtel-Dieu*, et tout récemment de *Patare*. Je fus donc très-attentif à la fréquente apparition de cette même sorte de monstruosité. Ce retour des mêmes aberrations, en se faisant remarquer par la fixité de leurs caractères, semblait reproduire des formes aussi franchement arrêtées que celles de la zoologie normale, que celles qu'amène la succession des espèces régulières.

Pour fortifier d'une nouvelle autorité cette remarque, j'ai désiré savoir ce que la littérature médicale nous avait laissé de souvenirs touchant les anencéphales. Une circonstance a engagé les anatomistes à s'occuper davantage de ces déformations que de toute autre.

En effet, c'est toujours en se laissant prévenir par des idées hypothétiques que l'on commence l'étude des sciences, et de bonne heure, le roman de la primitive physiologie attribua une toute puissance aux *esprits ani-*

---

(1) Anencéphale qui me fut signalé et adressé avec une extrême obligeance par le médecin de Commercy, M. Dumont.

maux. Or, selon les idées de cette première époque, ces esprits s'engendraient au-dedans des masses médullaires répandues dans le canal crânio-vertébral. On fit donc une grande attention aux monstruosités, dont le principal caractère était la déformation de ce canal et l'absence des parties médullaires : et pour que l'emploi de cette importante considération pût devenir dans un système différent une objection d'autant plus militante, on ne s'en tint pas uniquement à l'observation d'un fait; l'excellent esprit de l'École qui fleurissait à Paris, de 1701 à 1712, mit les savans anatomistes d'alors en garde contre toute déduction *à priori*, contre des généralités qui n'auraient reposé que sur un trop petit nombre d'aperçus. Le retour d'une monstruosité, dans laquelle l'on voyait ouverts et vides l'étui vertébral et la boîte crânienne, frappa vivement, et donna lieu dans le sein de l'Académie des Sciences, à des discussions souvent renouvelées, et en général à des recherches intéressantes sur ce sujet.

C'est ainsi que sans prétendre avoir étendu mes recherches d'érudition à tout ce qui a été publié jusqu'ici touchant les véritables anencéphales, j'en suis venu cependant à en connaître nettement jusqu'à vingt-sept espèces; *tels sont* les anencéphales de Fontanus, de Santorini, d'Alex. Bony, de Kerckring, de Wepfer, de Bonet, de Littre, de Bromelius, de Fauvel, de Méry, de Mouton, de la Flèche, de Morgagni, de Süe l'ancien, de Sandifort, de J. J. Sue, de Rossi, de Otto, etc., etc.

Pour ces espèces anciennement décrites, c'était sans doute avoir fait assez que de les avoir ramenées avec certitude à leur véritable genre, que d'avoir réussi à en donner une détermination de famille; leurs descriptions pour le surplus n'étaient point assez bien établies ni assez complètes, pour que j'essayasse d'en donner aussi les caractères spécifiques. Je n'ai fait ce travail qu'à l'égard des monstruosités comprises dans le tableau suivant :

ANENCÉPHALE. ANENCEPHALUS.

Caractère générique. Le tube crânio-vertébral fendu sur sa ligne médiane et postérieure, renversé latéralement et étalé en surface.

1. ANENCÉPHALE DE DREUX. *Anencephalus drocensis.*
Caractère spécifique. L'anus imperforé : la vulve descendue et pendante.
Synonymie. ANDRÉ. Fœtus acéphale avec *spina bifida* dans l'annuaire du départem. de l'Eure, pag. 321, avec fig.
GEOFF. S^{t}. H. *Mémoires du Muséum*, tome 12, avec fig. 1 et 2, copiées de celles de M. André ; t. 12, p. 284.
Naissance. Né à Dreux, le 21 juillet 1808.

2. ANENCÉPHALE DE LA SEINE. *Anencephalus sequanensis.*
Car. spéc. Tête arrondie : menton haut et détaché.
Syn. GEOFF. S^{t}. H. *Anenc. de la Seine*, dans *la Philosoph. anat.*, tome 2, p. 125, avec figures originales, pl. 14, fig. 1 et 2.
Ibidem. Mém. du Mus., tome 12, pag. 285.
Naissance. Né à Paris, le 2 mars 1821.

3. ANENCÉPHALE DE PATARE. *Anencephalus icthyoïdes.*
Car. spéc. Tête abaissée sur la poitrine : le vomer faisant partie de la fosse palatine.
Syn. GEOFF. S^{t}. H. Anenc. de Patare, dans le *Journal universel des Sciences médicales*, tome 36, p. 129 ; avec une fig. orig., représ. la position du fœtus dans le placenta.
Ibidem. Mém. du Mus., t. 12, p. 285, avec fig. orig., 3, 4, 5, 6 et 7.
Naissance. Né à l'hospice de la Maternité, le 26 septembre 1824.

4. ANENCÉPHALE DE SANNOIS. *Anencephalus Sannensis.*
Car. spéc. La tête renversée en arrière ; le vomer faisant partie de la fosse palatine.
Syn. FRAGONARD, dans une note manuscrite déposée aux Archives de la Faculté de Médecine.
GEOFF. S^{t}.-H., *Mém. du Mus.*, t. 12, pag. 285.
Naissance. Né à Sannois près Paris, commune du départem. de Seine-et-Oise, le 29 nivôse an V, (janvier 1797).

5. ANENCÉPHALE DE CORNIÉVILLE. *Anencephalus Mosensis.*

Car. spéc. Flancs du crâne ployés et inclinés au-dessous des sphénoïdes; les temporaux dans une situation entièrement inférieure.

Syn. GEOFF. St. H., dans le 2.e vol. de la *Philos. anat.*, p. 523.
Ibidem. Mém du Mus., t. 12, p. 285.

6. ANENCÉPHALE DE BRAS. *Anencephalus occipitalis.*

Car. spéc. Tête considérablement renversée en arrière; l'occipital supérieur prolongé en dehors et descendu plus bas que l'articulation scapulo-humérale.

Syn. ARLAUD, dans le *Journal médico-chirurgical du Var*, no. 9, pag. 11.
ROUX, médecin de St.-Maximin, dans un mémoire manuscrit (avec fig.) envoyé à la Société médicale d'émulation.
GEOFF. St. H., *Mém. du Mus*, tom. 12, p. 286.

Naissance. Né au village de Bras, près St.-Maximin, départ. du Var, en novembre 1823.

7. ANENCÉPHALE DE L'HÔTEL-DIEU. *Anencephalus perforatus.*

Car. spéc. Les quinze premières vertèbres percées à leur centre et formant ensemble un anneau ayant reçu et cerné une partie de l'œsophage.

Syn. LALLEMAND. *thèse inaugurale*, 1818, no. 165, avec figures originales.
GEOFF. St. H. *Philos. anat.*, t. 2, p. 11.
Ibidem. Mém. du Mus., t. 12, p. 286.

Naissance. Né à Paris, à l'Hôtel-Dieu, en Février 1816.

8. ANENCÉPHALE ÉVENTRÉ. *Anencephalus eviceratus.*

Car. spéc. La tête haute et dégagée; le cœur et les viscères des fonctions digestives hors de leur cavité propre.

Syn. PROCHASKA. *Anat. acad.*, *fasc.* 3, p. 127, pl. 2 et 3.
GEOFF. St. H. *Mém. du Mus.*, tome 12, page 286.

Naissance. Lieu et jour inconnus.

De l'examen comparatif de ces monstruosités, j'ai, dans le Mémoire précité, déduit tous les faits propres à

ces diverses constructions organiques; je me bornerai ici à rapporter les suivans.

I. Anencéphale de patare. *Anencéphalus icthyoïdes.* En outre de ses caractères fondamentaux et génériques, cette espèce en présente d'autres non moins singuliers, et qui rappellent quelques traits de la conformation des poissons; d'où le nom d'*icthyoïdes*, que j'ai adopté pour la désigner.

C'est le propre des poissons osseux d'avoir le palais disjoint et comme rompu sur la ligne médiane, d'en montrer les parties constituantes écartées et symétriquement rejetées à droite et à gauche. J'ai donné ces faits dans trois Mémoires et dans trois planches qui les accompagnent, savoir : *Mém. du Mus.*, tome XI, pl. 21, tome XII, pl. 6, et encore tome XII, pl. 8. Les maxillaires, faute d'un développement suffisant, ne se prolongent point l'un sur l'autre à la voûte palatine : dès-lors, les os que ces lames ordinairement étendues et articulées l'une à l'autre sur la ligne médiane eussent renfermés, si cette condition normale se fût rencontrée, ces os, dis-je, interviennent dans le plancher palatin; une sorte de fenêtre existe, et ils se montrent par cette voie : ils descendent alors assez bas pour constituer avec ressaut la ligne moyenne et centrale de la région palatine. Or, ces os, cachés et logés ordinairement dans le canal nasal, ne sont autres que le vomer; il y a deux vomers chez une partie des reptiles et chez les poissons osseux.

L'explication de cette curieuse anomalie est donnée par la théorie fondamentale de M. le docteur Serres, établissant en principe général que *tout développement procède de la circonférence au centre.* Ce principe admis, l'on conçoit comment les lames palatines des maxillaires doivent à un retard dans le développement de ne pouvoir s'étendre, se joindre et s'articuler sur la ligne médiane; c'est effectivement un tel retard qui constitue le fait persévérant

et normal de la plupart des reptiles et de tous les poissons osseux : ainsi l'organisation pour chaque région et chez tous les animaux, soit parfaits, soit inachevés sous les entraves de la monstruosité, procède par une voie uniforme; et il le faut bien sans doute, dès qu'elle emploie les mêmes artères, les mêmes moyens de formation. Ces artères ayant un calibre à donner leur plein effet, le développement est intégral : sont-elles plus petites ou même entièrement atrophiées? le développement sera incomplet et partiel, ou même réduit à rien. Ce qui est la règle chez les poissons, leur fait ordinaire et persévérant, n'est qu'accidentellement le propre de l'espèce humaine : voilà ce qui caractérise notre anencéphale de Patare.

Cependant, qui aurait suspendu l'action du *nisus formativus* dans cette monstruosité? On le peut encore savoir par les explications propres à notre *loi du balancement des organes*. Seul, parmi les anencéphales, celui de Patare a la tête descendue sur la poitrine; des entraves l'y ont engagée si avant qu'elle y est fixée par quelques adhérences : toutefois les muscles spinaux n'ont pour cela point été privés d'exercer leur tirage à la région occipitale. De ces efforts opposés, il est résulté que les lames du palais ont pris plus de volume en longueur; or, comme aucune dimension n'est acquise dans un sens que cet effet ne soit dans un autre ressenti en privation, il a bien fallu que les lames palatines des maxillaires restassent, quant à leur largeur, en deçà de leur volume ordinaire.

2. Anencéphale de l'hôtel-dieu. *Anencephalus perforatus*. Aucune de nos espèces n'a été plus tourmentée, n'est remarquable par des déviations plus considérables. Le canal vertébral est entièrement ouvert; tous ses élémens, jusqu'aux vertèbres sacrées, ont leurs apophyses montantes désunies et écartées. Mais en outre de ce *spina bifida*, qui est plus ou moins le fait de tous les anencé-

phales, il en existe un autre à la couche intérieure du canal vertébral dans l'Anencéphale de l'Hôtel-Dieu; les vertèbres cervicales et les six premières dorsales ayant leurs noyaux partagés en deux parties, il y a un écartement si considérable entre ces demi-noyaux, rangés circulairement, qu'on peut introduire le petit doigt dans le trou formé par leur réunion. Voilà par conséquent doubles, dans cette seule occasion, des pièces qui partout ailleurs sont impaires; j'ai donné à ces pièces uniques de la ligne médiane le nom de *cycléal*, quand il m'arriva de rechercher et de déterminer tous les élémens qui entrent dans une vertèbre, lesquels j'ai trouvé au nombre de neuf (1). Cette curieuse séparation des cycléaux forme un fait très-heureusement démonstratif en faveur de la théorie hardie, mais cependant aussi féconde que lumineuse de M. Serres, qui n'admet de pièces impaires que si elles sont *le produit confondu en une seule masse de deux élémens primitifs*.

La disjonction des demi-cycléaux, et les intervalles des anneaux formés en dedans des vertèbres cervicales et dorsales furent jugés avoir été occasionés par le déplacement du pharynx et de l'œsophage, qui avaient été entraînés d'avant en arrière. La bride, qui avait opéré ce tirage, avait donc précédé la formation du système osseux, lequel s'est trouvé ainsi tenu de s'accommoder de l'ordonnée nouvelle que la monstruosité avait apportée en ce lieu. L'œsophage a traversé les vertèbres, parce que les élémens de celles-ci sont venus le cerner et le renfermer; il se voyait en effet à la nuque du cou sous la forme d'une anse, comme apparaît une portion d'intestin sortie au-delà de l'anneau inguinal. Ce sont ces faits singuliers, mais principalement cette perforation merveilleuse à travers les corps ordinairement fermés des quinze premières vertèbres, qui m'ont paru former le trait le plus éminemment carac-

(1) Observations sur la Vertèbre, *Mém. du Mus.*, tome IX, page 89.

téristique de l'Anencéphale de l'Hôtel-Dieu ; c'est cela que j'ai voulu rappeler en le désignant sous le nom spécifique de *perforatus*.

Sur l'opinion populaire, attribuant à de certains regards une influence sur les phénomènes de la monstruosité.

Haller (1) et Morgagni (2) rapportent que, soit de leur temps, soit déjà plus anciennement, on ne manquait pas de comparer les monstres humains nés sans moëlle cébro-spinale à des crapauds. On a depuis continué, quelquefois sur ces souvenirs, mais plus souvent de propre inspiration, à soutenir qúe la vue inopinée et effrayante de ces funestes reptiles occasionnait une partie des monstruosités qui affligeaient l'espèce humaine. Un nouveau récit de semblables faits vient d'être publié cette fois avec des circonstances tellement caractéristiques, qu'il est vraiment à craindre qu'il puisse et qu'il dût réellement entraîner les théories physiologiques dans les plus grands écarts, si ce récit n'était point soigneusement recherché et examiné dans toutes ses conséquences. J'avais déjà écrit, dans ma *Philos. anat.*, tome II, p. 500, un chapitre sur l'*erreur populaire au sujet des monstres;* mais ce dernier récit exige que je revienne sur cette question.

Un Anencéphale est né au village de Bras, département du Var, en novembre 1823. M. Roux, médecin de Saint-Maximin, et M. Arlaud, chirurgien de Bras, ont publié ce fait, et de plus, les circonstances accessoires suivantes.

Madame E. T., jeune et jolie personne, accoucha de ce monstre huit mois après la célébration de ses nôces; elle eût goûté tous les avantages d'une position heu-

(1) *Sine cerebro fœtibus sane pro* bufonibus *non raro habitis*, etc. Haller, *De fœtu humano sine cerebro*, not. 2.

(2) *Monstri, ut vulgo videbatur*, bufoni *similis*, etc. Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, Epist. 48, N.° 48.

reuse, et connu sans doute en son temps les douceurs de la maternité, sans les poursuites encore plus bizarres que cruelles du père de son époux. Cet homme, sorte de maniaque à cerveau dérangé, se mit dans l'esprit de guérir sa bru d'une certaine disposition à la frayeur; et le moyen qu'il employa auprès de cette jeune femme, déjà intimidée, fut de lui jeter, vers le troisième mois de ses nôces, et très-probablement de son état de grossesse, pendant son sommeil et sur son lit, un énorme crapaud. Madame E. T., éveillée en sursaut par cette action brutale, jeta de hauts cris, quitta précipitamment sa couche, et tomba au même moment évanouie. Cela fut considéré par le *joyeux beau-père* comme un motif de plus pour recommencer le *cours de ses plaisanteries*; et il fit si bien qu'il réduisît sa belle-fille à aller chercher un asile sous le toît paternel, au village de Bras.

Madame E. T. ressentit aussitôt de violentes douleurs dans les lombes, à l'hypogastre et dans les plis des cuisses : elle resta plus ou moins souffrante, privée de sommeil et d'appétit, jusqu'à ce qu'enfin étant près de son terme, elle fut huit jours dans des douleurs encore plus violentes.

M. Arlaud, qui a fait connaître ces faits dans le Journal médico-chirurgical du Var, a aussi raconté que les femmes présentes à l'accouchement prirent le nouveau-né pour un crapaud. Ce mot fut, par toutes spontanément, mêlé à leurs cris de surprise et d'effroi; et à ce sujet, M. Arlaud revint sur la conduite brusque et cruelle du beau-père de l'accouchée, appelant le monstre nouveau né un *fœtus à tête de crapaud*.

Ces faits exposés, il semble qu'il n'y ait plus qu'à conclure comme il suit: car un crapaud a occasioné la monstruosité; celle-ci s'est trouvée formée d'une tête de crapaud; par conséquent, remontant de l'effet à la cause, il faudrait donc admettre la toute-puissance de la vue des

corps matériels pour amener une exacte répétition de ces mêmes objets dans les fruits d'utérus.

A cette conséquence, j'oppose les réflexions suivantes.

D'abord, je rappellerai que dans les choses qui nous intéressent faiblement, nous voyons mal ce qui frappe notre vue : on s'arrête ordinairement à un trait pour en garder le souvenir; c'est ce qui arrive habituellement lors de la rencontre de tout ce que nous apercevons pour la première fois.

C'est sans doute en vertu de ce procédé instinctif et machinal qu'on a cru et qu'on répète que les Anencéphales ressemblent à des crapauds. Le sentiment, excité à la vue de ces derniers, porte à les fuir; on n'en garde donc qu'une idée vague : dans cet état de choses, toute la préoccupation que l'on conserve, c'est que ce sont des animaux dont les yeux louches et incertains se dirigent vers le ciel, dont le crâne est large par derrière, mais surtout dont la tête est engoncée dans les épaules par un manque absolu de cou.

Les Anencéphales montrent les mêmes choses, principalement ceux d'entre eux qui ont la tête tout-à-fait renversée en arrière. C'est sur de pareils élémens, et pour cette coïncidence de rapports, qu'on a dit les *Anencéphales semblables de forme aux crapauds.* Cette coïncidence est plus frappante encore à l'égard de l'Anencéphale de Bras, parce que sa tête est plus rejetée en arrière; ainsi il y aurait connexité de ce fait avec l'existence des brutalités du beau-père, la cause et ses effets portant sur les mêmes objets sensibles. Que de raisons de conclure, pourra-t-on ajouter, que c'est là une preuve en faveur de l'efficacité des regards pour troubler la marche des formations fœtales, et pour y porter des impressions persévérantes?

Oui, sans doute, en partant de pareilles suppositions; mais elles ne portent véritablement que sur de trom-

peuses apparences. Il n'y a point de ressemblance pour une coïncidence purement accidentelle dans un seul point comparé ; car enfin si l'Anencéphale et le crapaud ont tous deux la tête large à la base, rapprochée et comme assise sur le dos ; s'ils ont le cou absent ou masqué, et s'ils tiennent les épaules trop en avant, ces résultats, purement fortuits, proviennent d'organisations singulièrement et absolument différentes dans les élémens constituans ; les développemens qui suivent vont le démontrer.

D'une part, le caractère distinctif de la colonne vertébrale chez les batraciens, dont les crapauds font partie, consiste dans une atrophie qui réduit la tige spinale à huit ou dix compartimens transversaux ; le cou se perd dans cette modification générale, et c'est dans cette mesure que la tête est rapprochée des épaules. D'une autre part, le crâne est élargi en dehors d'occipitaux, qui sont petits et annulairement réunis comme à l'ordinaire ; savoir par les rochers, étant dans une certaine longueur, et de plus extérieurement par toutes les pièces qui composent la caisse auditive : mais d'ailleurs le canal crânio-vertébral est toujours un tube régulier, et ce tube, comme dans tous les êtres qui respirent dans le milieu atmosphérique, contient à l'ordinaire la moelle cérébro-spinale.

Un seul fait, au contraire, engendre la métamorphose des Anencéphales : leur monstruosité consiste dans l'ouverture du tube crânio-vertébral ; les ailes renversées de ce tube écartent à droite et à gauche les parties voisines et connexes ; la tête est tirée sur le tronc par les muscles spinaux, et les vertèbres, qui ne disparaissent point réellement, sont pour le port général seulement masquées, se repliant en arc par devant ; enfin, la largeur de la tête provient, non plus d'un accroissement considérable des conduits auditifs, mais des occipitaux supérieurs, qui, au lieu de former comme à l'ordinaire la partie moyenne et postérieure du crâne, sont rejetés de

côté et deviennent des ailes latérales très-prolongées.

On ne peut rencontrer des organes plus essentiellement caractéristiques et à la fois plus différens ; ajoutons que, si l'on examinait et que si l'on comparait chaque organe des sens, chaque point même de la tête et du dos dans l'anencéphale et dans les crapauds, ces differences iraient en s'accroissant toujours aussi bien en nombre qu'en importance.

Ainsi s'évanouit le faux rapport aperçu entre les formes des Anencéphales et des crapauds ; la conjonction de leur tête et de leur dos est finalement un cas fortuit, et ne constitue décidément qu'une ressemblance plutôt apparente que réelle.

J'aurais voulu resserrer cette discussion, que je sais très-inutile à un grand nombre de médecins parfaitement aujourd'hui au courant de la matière ; mais j'ai dû craindre que les faits dernièrement annoncés au sujet de l'Anencéphale de Bras ne vinssent, à cause d'une bien singulière réunion de circonstances et de preuves apparentes, renouveler une opinion qui n'a maintenant que bien peu de partisans, mais en faveur de laquelle on aurait eu encore la ressource d'invoquer de très-augustes témoignages, ceux consignés dans les ouvrages de Haller et de Morgagni.

Observation de deux cas de fièvres rémittentes traitées avec succès par les antiphlogistiques et le quinquina ; par M. Lemazurier, *médecin-consultant de l'École royale de Saint-Cyr, et correspondant de l'Académie royale de Médecine* (1).

Obs. I.re — *Fièvre cérébrale rémittente, à paroxysmes quotidiens.* — Louise de S.t-P...., âgée de 7 mois et demi,

(1) Les deux observations ci-jointes avaient été envoyées au mois de

d'une constitution délicate, a le teint pâle, la tête assez forte et bien conformée, les cheveux d'un blond châtain; son tempérament un peu lymphatique est éminemment nerveux : elle partage cette dernière disposition avec un frère qui a eu, lors de sa première dentition, des mouvemens nerveux assez multipliés, et qui postérieurement à la maladie, sujet de cette observation, a éprouvé une affection cérébrale très-aiguë, avec convulsions très-fortes, congestion sanguine des tégumens du crâne, et fièvre; son frère aîné a succombé en 1820, à une hydrocéphale aiguë.

Au mois d'avril 1823, cette enfant dont la dentition n'était pas encore commencée, et qui jusqu'alors avait joui d'une bonne santé, fut prise de dérangement dans les fonctions digestives: son appétit diminua, la langue était légèrement blanchâtre, sans rougeur sur ses bords; les selles assez fréquentes, les matières évacuées d'un vert jaunâtre; la chaleur de la peau et la fréquence du pouls peu augmentées; il y avait des alternatives de somnolence et de morosité dans la journée; la nuit était moins calme qu'à l'ordinaire (*diminution des alimens, tisane d'orge gommée, quelques grains de magnésie; pédiluves*).

14 *Avril*, après cinq jours, pendant lesquels la petite malade avait paru mieux par instans, les déjections ayant eu lieu sans coliques et d'une manière plus régulière, avec un changement favorable dans leur couleur, j'ob-

---

septembre 1824, et l'auteur avait été engagé à les publier, par la lecture des réflexions insérées dans le Numéro des *Archives* du mois d'août, à l'occasion d'une observation de fièvre pernicieuse recueillie par M. Cayol. Quoique ces observations n'aient plus le mérite de l'à-propos, elles pourront encore être utiles, comme exemples de l'emploi du traitement mixte si souvent nécessaire dans la constitution médicale actuelle.

(*Note de l'auteur.*)

26 Juin 1825.

servai (sous l'influence d'une température orageuse), une augmentation marquée de la fièvre et de la somnolence; le pouls battait cent vingt à cent trente fois par minute; la respiration était fréquente, gênée et avec une élévation plus marquée des côtes, pendant l'inspiration; le ventre était en même temps un peu tendu, principalement vers l'épigastre; quelques mouvemens convulsifs du globe de l'œil se faisaient remarquer, (*diète, un demi looch blanc, pédiluve sinapisé*). *Dans l'après midi du même jour,* après une consultation avec M. Lavédan, trois sangsues sont posées à la partie inférieure du sternum : le sang coule abondamment par les piqûres, et la malade éprouva une défaillance assez forte pour inquiéter sa famille; l'effusion du sang est arrêtée, mais les pulsations de l'artère radiale restent long-temps faibles; le froid des extrémités et l'assoupissement continuent (*cataplasmes sinapisés aux pieds, pommade de Gondret aux jambes et à la nuque. Vers le soir,* retour de la chaleur générale; le pouls reprend de la force; nuit agitée, fièvre intense; la malade paraît éprouver de la douleur sur les points qui ont été le siège des applications de pommade.

15 *Avril, à 7 heures du matin.* La fièvre a diminué; le pouls conserve sa fréquence; l'assoupissement est toujours le même; on observe des mouvemens convulsifs du globe de l'œil et des lèvres; les paupières sont à demi fermées; le front est chaud; les joues peu colorées; le ventre tendu; les urines ont coulé; il n'y a eu qu'une selle verdâtre et peu abondante depuis hier (*continuation des sinapismes aux pieds; lotions d'eau froide acidulée sur le front; deux sangsues au cou*).

Une seule sangsue tire du sang, et quoique l'écoulement soit peu abondant, il suffit pour amener une nouvelle défaillance, dans la matinée (*application de pommade de Gondret derrière les oreilles, et au côté gauche*

de la poitrine; le pouls reste très-faible et les extrémités froides jusqu'à deux heures; dans la soirée la fièvre augmente; la somnolence et les mouvemens convulsifs de la face sont à-peu-près les mêmes; la pupille se dilate sensiblement; le ventre se météorise de plus en plus, la nuit est plus tranquille que la précédente. La pommade ammoniacale a produit, sur tous les points, un effet vésicant très-intense, les pieds commencent à rougir.

16 *Avril*, à 6 heures du matin. La fièvre a baissé, le pouls très-faible donne 114 pulsations par minute, l'assoupissement est moins profond, la debilité est très-grande, le ventre est très-météorisé, la respiration fort gênée; il n'y a pas eu de selle, l'urine a coulé, la langue est sans rougeur; on commence à sentir un froid léger au nez et aux mains, avec pâleur de la face.

En comparant cet état à la rémission de la veille, nous jugeâmes, M. Lavédan et moi, que la maladie avait un caractère rémittent et pernicieux, et que, d'après les progrès qu'elle avait faits, il n'était pas douteux qu'elle n'eût bientôt une terminaison funeste, si l'on ne parvenait à prévenir de nouveaux accès; en conséquence de ce diagnostic, auquel avait pu seule nous conduire une observation de tous les momens et dont on sentira toute la difficulté chez un malade d'un âge si tendre, nous nous hâtâmes de prescrire un grain et demi *de sulfate de quinine* dans une demi-once de miel, à donner dans la matinée avant le retour de la chaleur; des frictions de teinture alcoholique de quinquina furent faites, d'heure en heure, sur le ventre, les sinapismes réappliqués aux pieds.

Le froid des extrémités se dissipe vers dix heures; le sulfate de quinine a bien passé; la chaleur qui remplace le froid est modérée; l'assoupissement, les mouvemens convulsifs du globe oculaire augmentent d'intensité vers midi; le pouls est faible et très-fréquent (120 à 130 pul-

sations par minute); le météorisme ne fait pas de progrès; un lavement entraîne quelques matières stercorales d'un vert foncé; le front n'est chaud que dans le milieu du jour; vers le soir, trouvant le paroxysme apaisé, *nous donnons une nouvelle dose de sulfate de quinine associée à deux grains de mercure doux*, de manière à ce que la petite malade prenne le tiers de la dose le soir, et le reste le lendemain de bonne heure.

17 *Avril au matin*. Nuit assez calme, le pouls est moins fréquent que la veille (100 pulsations), chaleur douce et générale; les paupières sont entr'ouvertes, et le globe de l'œil tranquille; l'assoupissement a cessé, le météorisme existe encore, une dernière portion du mélange prescrit hier a été rejetée par le vomissement; la langue est blanche à sa base; les vésicatoires sont en pleine suppuration et d'une bonne couleur (*continuation du sulfate de quinine et du calomel, à la même dose, pendant la rémission, ainsi que des frictions avec la teinture de quinquina; eau de poulet; les mêmes boissons sont prescrites*).

Un froid très-léger du nez et des mains se montre à huit heures et demie du matin; il dure peu de temps; la malade n'a d'assoupissement que vers midi; les autres symptômes nerveux diminuent d'intensité. Plusieurs selles liquides, d'un jaune foncé, ont lieu; le météorisme est réduit de moitié, et dans l'après midi, la petite malade réveillée est calme, prend avec avidité son bouillon de poulet et ses boissons.

La nuit fut encore meilleure que la dernière, et sans m'étendre plus long-temps sur une maladie dont la terminaison est prévue, je dirai que la persistance dans le traitement employé amena au bout de trois jours la cessation des accès qui avaient diminué graduellement, et conduisit la malade à une convalescence qu'aucun ac-

cident n'a entravée, et qui a été suivie de l'éruption de plusieurs dents incisives (1).

L'on voit dans cette observation une maladie essentiellement grave, presque continue à son début, ou avec des rémissions si courtes qu'il a fallu une étude de plusieurs jours pour les reconnaître; l'irritation des membranes du cerveau avec tendance à l'hydrocéphale aiguë, maladie si commune à l'époque de la dentition, me paraît évidente, et sous ce rapport, le traitement employé au début était nécessaire; mais, indépendamment du danger des émissions sanguines répétées à l'âge de la malade, il est certain qu'elles n'auraient pas sauvé ses jours. Je regarde donc comme un bonheur pour elle que les rémissions soient devenues assez marquées et assez longues pour permettre d'employer le quinquina avec quelque espoir de succès; il me paraît prouvé que dans ce cas particulier, ce remède a été très-utile : dans l'observation qui va suivre, les émissions sanguines auront un avantage plus marqué.

Obs. II.me — *Gastro-entérite rémittente, avec tendance à l'inflammation de l'arachnoïde.* — Madame D....., âgée de trente-six ans, d'une taille moyenne et élancée, d'un tempérament très-nerveux et un peu sanguin, quoiqu'habituellement pâle de visage, sujette à des constipations opiniâtres, éprouva à Maintenon, pendant le printemps de 1823, une affection gastrique sur la nature de laquelle elle se trompa, ayant pris pour s'en débarrasser, quelques cuillerées du remède du sieur

---

(1) Cette enfant vient d'éprouver, en avril 1825, une maladie à-peu-près semblable, à l'intensité près, mais dépourvue du caractère périodique que nous avons signalé. La terminaison a été heureuse; des applications de sangsues l'ont favorisée.

Leroy : ce remède, administré dans les premiers jours de juin, peu de temps avant l'époque des règles, ne produisit qu'un effet évacuant médiocre, mais détermina une irritation des intestins telle que bientôt une fièvre rémittente à paroxysmes nocturnes quotidiens se développa, et fut suivie immédiatement de l'apparition des menstrues : ces paroxysmes commençaient au milieu de la nuit, et duraient pendant douze ou quinze heures, avec une intensité remarquable.

Effrayée de son état, la malade vint à Versailles après le second accès, pour réclamer mes conseils : je la vis le 12 juin à deux heures du matin, dans le fort du troisième accès. Voici ce que j'observai : fièvre intense, pouls dur, assez plein, tendu, fréquent, égal ; chaleur très-âcre, sèche, générale ; face peu rouge, expression de la physionomie inquiète, front brûlant ainsi que l'abdomen ; cette dernière région un peu tendue, sensible à la pression, surtout vers l'épigastre ; langue rouge sur ses bords et à sa pointe, recouverte d'un enduit jaunâtre peu humecté ; soif vive ; anorexie complète ; urines rares et rougeâtres ; selles nulles depuis quelques jours ; écoulement menstruel beaucoup moins abondant qu'à l'ordinaire ; respiration fréquente, suspirieuse ; les sens externes sont dans un état d'excitation marquée ; une insomnie opiniâtre, une anxiété très-vive tourmentent la malade déjà fatiguée par une douleur lancinante au sommet de la tête.

Vingt-cinq sangsues sont appliquées aussitôt vers la région inguinale, des cataplasmes sinapisés sont posés à la plante des pieds, on pratique à froid des embrocations de baume tranquille sur la tête (*la malade est mise à la diète absolue, et à l'usage d'une tisane d'orge acidulée et d'un looch tempérant au lait d'amandes*).

Les sangsues déterminent une copieuse évacuation sanguine ; la chaleur diminue, la peau devient moite,

vers midi; la malade plus calme, repose pendant quelques instans; j'observe dans l'après midi, une rémission manifeste, accompagnée d'une grande prostration; le pouls cependant conserve de la dureté et de la roideur, les règles paraissent à peine, les urines sont d'un jaune moins foncé, les douleurs de tête engourdies; alternatives d'anxiété, dans la première partie de la nuit, avec un léger sommeil.

Le 13 *juin*, à deux heures du matin, la malade est réveillée par de vives douleurs de tête, avec retour de la chaleur fébrile, précédée d'un peu de froid aux extrémités: ventre moins tendu et moins douloureux que la nuit précédente; langue toujours rouge, soif vive, peau sèche, pouls dur, raide, fréquent, respiration gênée, yeux brillans, injectés, face vultueuse.

Vingt sangsues sont posées aux jambes: écoulement du sang considérable; sang assez foncé en couleur; les embrocations narcotiques continuées à froid contribuent à calmer les douleurs de tête; et le lendemain, *à une heure*, je trouve la malade assez tranquille et avec moins de fièvre; l'état du ventre est satisfaisant, quoique les règles ayent cessé de couler; la langue est moins rouge; la céphalalgie a disparu presqu'entièrement; un lavement émollient, donné dans l'après midi, entraîne quelques matières stercorales d'un vert foncé; la malade prend de l'eau de poulet, l'on substitue au looch qui passait difficilement une potion avec l'eau de laitue vireuse acidulée.

La nuit est calme, mais le sommeil est fréquemment interrompu: l'accès retarde jusqu'à six heures du matin, (14 juin): il débute comme celui de la veille; la chaleur qui succède au froid des extrémités est moins mordicante; le pouls est plus souple, la langue peu rouge, l'abdomen sans douleur, les urines plus claires et plus

abondantes. Cependant la céphalalgie ayant reparu avec une grande violence, avec une vive chaleur au front, je me décide à faire poser quinze sangsues au cou et derrière les oreilles; cette application détermine un soulagement prompt et complet.

L'accès ne dura que six heures, et fut suivi d'une véritable intermittence : j'en profitai pour prescrire pendant sa durée des frictions de teinture de quinquina sur les cuisses et sur les jambes : une once et demie de teinture fut employée de cette manière; la malade prit un bouillon de poulet et des fruits cuits, eut une selle naturelle dans la soirée, et dormit tranquillement.

L'accès du lendemain (15 juin), ainsi que je l'avais espéré, n'eut lieu qu'à midi, et fut à peine sensible. La continuation de la teinture de quinquina en friction fit disparaître les suivans.

La malade était en convalescence complète, lorsqu'une affection morale vive et un écart de régime rappelèrent la fièvre : le 25 juin, à trois heures après midi, un nouvel accès eut lieu avec délire, agitation extraordinaire, et grande fréquence du pouls; chaleur de la peau moins âcre que dans les premiers accès, langue naturelle, abdomen souple et sans aucune sensibilité : cet état des voies digestives me permit, après l'accès qui dura jusqu'à la nuit et que je combattis par des sinapismes aux pieds et par les embrocations accoutumées sur la tête, de donner à l'intérieur six grains de sulfate de quinine qui prévinrent le nouvel accès que j'avais à redouter; le lendemain et jours suivans, des doses plus petites du même médicament furent administrées, et au commencement de juillet, M.me D...... aurait paru entièrement rétablie, s'il ne lui était resté de la faiblesse musculaire et une grande susceptibilité des organes digestifs.

Cette observation, qui confirme les dangers du remède empirique du sieur Leroy, me paraît la plus propre à

mettre dans tout leur jour, les avantages d'un traitement mixte, au début de la maladie. La marche à suivre, n'était pas douteuse; mais si la complication cérébrale que je redoutais a été détournée, je le dois à l'emploi répété des sangsues, secondé par les applications extérieures. Je suis loin cependant de croire que dans tous les cas, il faille débuter par les émissions sanguines, lorsque l'on a à traiter des fièvres d'accès accompagnées de symptômes alarmans; dans beaucoup de cas où les accès menacent immédiatement la vie, ce serait perdre un temps précieux que de ne pas recourir de suite au médicament qui seul peut les arrêter: mais en lui reconnaissant une efficacité que l'expérience a si souvent constatée, il faut avouer que sous l'influence de la constitution médicale actuelle, le quinquina est sans utilité ou contr'indiqué (du moins à l'intérieur), dans un certain nombre de maladies dans le traitement desquelles il entrait autrefois; et ce n'est pas le seul fait qui prouve que les élémens des maladies internes sont susceptibles de varier, pendant des périodes de temps dont il est impossible de fixer les limites, *à priori*.

Réflexions sur les observations précédentes. — La première observation est incontestablement un exemple d'irritation, ou si l'on veut, de phlogose des membranes encéphaliques, et par suite de l'encéphale lui-même. L'auteur lui a donné pour titre : *fièvre cérébrale remittente* à paroxysmes quotidiens. Maisce n'est pas le nom, c'est la chose qu'il nous importe d'examiner. La maladie dont il s'agit, si fréquente chez les sujets de l'âge de celui dont M. Lemazurier nous a rapporté l'observation, s'est comportée à la manière d'une méningo-encéphalite ordinaire: traitée par les antiphlogistiques, elle a diminué de violence, et marchait rapidement vers la *résolution*, lorsque l'on prescrivit le sulfate de quinine, et des frictions

avec la teinture de quinquina. Cette prescription était dirigée, non contre une phlegmasie cérébrale proprement dite, mais bien contre une fièvre *pernicieuse rémittente;* or, nous le répétons, la maladie que l'on avait à combattre était évidemment une méningo-encéphalite, dont la cause probable consistait en une dentition laborieuse. (La convalescence fut suivie, dit M. le docteur Lemazurier, de l'éruption de plusieurs dents incisives.)

Il nous semble que ce serait détourner l'expression de *fièvre pernicieuse rémittente* de sa signification primitive, que de l'appliquer à une maladie telle que celle dont il est ici question. Il n'est personne qui ose mettre en doute aujourd'hui l'efficacité du quinquina dans les cas de fièvres intermittentes ou remittentes. Nous pensons aussi avec M. Lemazurier que la combinaison de ce moyen avec les antiphlogistiques, habilement dirigée, peut avoir les plus heureux succès dans les fièvres en question. Mais nous ne sommes pas convaincus que la maladie décrite par ce médecin doive être réellement rangée parmi ces fièvres: nous le sommes même si peu, que nous n'avons pas craint d'avancer plus haut, que cette maladie, cette *fièvre cérébrale*, n'était autre chose qu'une méningo-encéphalite ordinaire, laquelle, très bien combattue d'abord par M. Lemazurier, a pris un caractère moins fâcheux, mais non un type rémittent dans l'acception vulgaire de ce mot.

Ces réflexions s'appliquent naturellement à la seconde observation de M. Lemazurier. La gastro-entérite dont la malade qui en fait le sujet était affectée par suite de l'administration du remède du sieur Leroy, n'avait réellement point un type rémittent; c'était une gastro-entérite ordinaire continue dont les symptômes se calmaient, lorsque M. Lemazurier avait fait appliquer les sangsues. Cette rémission, heureux résultat du traitement anti-

phlogistique, ne doit pas être confondue avec celle des fièvres d'accès proprement dites. Ces réflexions n'ôtent rien à l'intérêt des observations recueillies avec beaucoup de talent par M. Lemazurier : nous les soumettons à son propre jugement : nous les avons jugées d'autant plus nécessaires, que de nos jours, trop de médecins, peut-être, se plaisent à donner le nom de *fièvres pernicieuses* à des maladies qui ne sont rien moins que cela. (J.-B.)

Du Galvanisme médical; par le docteur BAILLY, *médecin de la Pitié, et par le docteur* MEYRANX.

Le fluide galvanique, que les physiciens modernes confondent avec les fluides électrique et magnétique, considéré depuis les travaux de Gilbert, de Gray, de Dufay, de Simmer, de Francklin, de Coulomb, etc., comme un des agens les plus puissans et les plus répandus de la nature, a été appliqué depuis un grand nombre d'années à la guérison des maladies. Il fut un temps, et personne ne l'ignore, où l'engouement pour l'électricité s'était emparé de tous les esprits. Alors il n'était question que des prodiges opérés. La confiance n'eut plus de mesure lorsque Jalabert, de Genève, rendit le mouvement à un paralytique. Des hommes distingués, de Haën, Mauduit, Linnée, Sauvages, Sigaut, appliquèrent l'électricité statique avec des succès variés, et de toutes parts de nombreux imitateurs s'empressèrent de suivre leur exemple. Malheureusement on ne voulut voir d'abord que des prodiges dans l'action du fluide électrique, et comme sa puissance sur les maladies est infiniment limitée, de même que celle de tous les agens qui sont mis au pouvoir de l'homme, on ne tarda pas, par un excès contraire, à accuser sa nullité, et, chose assez bizarre, ce fut précisément à

l'époque où parut le gros livre de l'abbé Bertholon, sur l'électricité médicale, que chacun en fut dégoûté et qu'elle tomba en désuétude. Ainsi que l'on avait exagéré la vertu, on exagéra l'impuissance, et de l'excès de l'enthousiasme on tomba dans l'excès de l'injustice.

Nous allons faire connaître, dans ce Mémoire, les avantages d'un nouveau mode d'administration du fluide galvanique, après avoir rapporté plusieurs observations qui prouvent sa grande efficacité.

I.re *Obs.* — *Affection rhumatismale de la cuisse droite guérie par l'application du galvanisme.* — Un homme faible, d'un âge avancé, a éprouvé plusieurs affections rhumatismales. Les excès vénériens, les veilles prolongées, les grandes fatigues, les ont rendues très-fréquentes. En s'exposant, il y a environ six mois, à un temps très-humide, il contracta une affection rhumatismale dans toute la cuisse droite. La douleur était peu vive; elle était plutôt contusive que déchirante; ce n'était souvent qu'un sentiment de pesanteur et d'engourdissement. La chaleur la diminuait sensiblement, et le froid l'augmentait ordinairement. Cette douleur s'exaspérait avec les écarts du régime et les variations de l'atmosphère. La chaleur était diminuée dans les muscles; le sentiment d'un froid plus ou moins intense s'y faisait sentir. Ces symptômes étaient presque continus; cependant ils présentèrent des intermittences plus ou moins longues. D'autres fois ils étaient si peu sensibles que le malade n'en tenait aucun compte. Depuis deux mois la pesanteur et l'engourdissement s'étaient changés en vraie douleur : il y avait presque impossibilité de mouvoir l'articulation iléo-fémorale. Une aiguille fut implantée au milieu de cette articulation, une autre fut placée à la partie inférieure. On établit la communication avec les rhéophores. La sensation et la contraction suscitées dans toute l'étendue de la partie affectée donnent la certitude du passage du fluide galva-

nique. Les phénomènes sont plus intenses à l'endroit où le fluide positif s'unit avec le fluide négatif. Quatre opérations tout-à-fait semblables ont suffi pour calmer les douleurs, dissiper l'engourdissement, et rendre toute l'énergie à l'articulation.

II.e *Obs.* — *Affection rhumatismale du bras droit, avec impossibilité de le mouvoir, guérie par l'application du galvanisme.* — M. H., âgé de 55 ans, était sujet depuis quelques années à des affections rhumatismales. En 1819, il ressentit de très-vives douleurs dans tout le système musculaire. Le gonflement et les douleurs envahirent même successivement toutes les articulations. Aucune réaction ne se manifesta ni sur le cœur ni sur l'estomac. Le pouls était dans l'état normal, et l'appétit fut toujours très-bon. Les bains, les sangsues, les cataplasmes émolliens et le régime suffirent pour combattre ce rhumatisme, mais non pour prévenir son retour. L'année suivante, la douleur se fit sentir sur tout le deltoïde et la partie postérieure du bras et de l'avant-bras. Bientôt elle s'étendit jusqu'à la partie antérieure, la région dorsale et palmaire de la main. Très-vive dès le début, cette douleur a été en diminuant d'intensité. Le malade ne pouvait mouvoir le bras. Cet engourdissement, accompagné d'un léger gonflement, a résisté aux bains de vapeur, aux vésicatoires, aux frictions et à l'acupuncture simple qu'on a pratiquée cinq fois. Après la première opération, l'engourdissement paraissait avoir un peu diminué. Les aiguilles, qui avaient été placées à un pouce de profondeur, furent laissées vingt-quatre heures. Elles n'amenèrent aucun soulagement.

Lorsque nous vîmes que les moyens les plus puissans avaient échoué complètement, nous conseillâmes au malade l'application du galvanisme. Le jour de l'opération, soumis de nouveau à notre examen, il nous présenta le groupe de phénomènes suivans : les muscles affectés de-

puis long-temps avaient diminué bien sensiblement de grosseur. Quand on pince fortement la peau, le malade témoigne de la douleur sans pouvoir retirer son bras. La sensibilité, bien loin même d'avoir diminué, semble au contraire être plus exaltée. Deux aiguilles sont placées à l'origine et aux terminaisons du plexus brachial. On établit la communication avec les deux fils conducteurs. L'action de la pile se compose de quatre élémens. L'aréole se forme, les aiguilles sont dans un instant oxydées; on remarque un point noir au centre de l'aréole; quelques petites gouttelettes d'eau s'en échappent. Le liquide conducteur est de l'eau acidulée avec un 60.me d'acide nitrique. La communication établie, le malade sent des élancemens; il y a peu de contractions, mais il y a un sentiment de traction dans toutes les ramifications nerveuses. En rendant les courans continus, le malade se plaint d'une violente douleur qu'il ne peut pas supporter; il la compare à celle qu'on éprouve dans la brûlure. Nous prolongeâmes l'opération pendant vingt-cinq minutes.

Trois jours après, le malade éprouvant moins d'engourdissement, vint nous prier de lui faire la même opération. Nous suivîmes exactement les mêmes procédés, et nous observâmes aussi les mêmes phénomènes: seulement vers la fin de l'opération, nous renversâmes les pôles; la contraction et la sensibilité, au lieu d'avoir alors une énergie aussi prononcée vers l'aiguille supérieure, diminuèrent pour prendre la même intensité vers l'aiguille en fer, c'est-à-dire, à la sortie du fluide positif. Dans vingt-cinq jours le malade s'est trouvé parfaitement guéri.

Réflexions.—On a remarqué que pendant le peu de temps que le malade a été soumis au fluide galvanique, le tissu cellulaire a augmenté de volume et que les muscles et la peau qui les recouvrent se sont développés. Comment expliquer le retour de cet état normal dans le système

de la nutrition? C'est à tort que Bichat a dit dans son anatomie générale que les altérations de la nutrition sont indépendantes du système nerveux. Nous voyons, au contraire et presque constamment, la maigreur survenir à la suite des convulsions, des spasmes, des tremblemens et des paralysies, soit que ces affections ayent leur origine dans les centres nerveux ou dans les nerfs.

Nous croyons, d'après cette observation et quelques autres faits que nous aurons soin de faire connaître, qu'on peut quelquefois arrêter les progrès de la maigreur en agissant, soit sur le muscle, soit sur les nerfs; peut-être devrait-on faire usage de l'action galvanique dans beaucoup d'autres altérations de la nutrition qui surviennent à la suite des douleurs éprouvées dans un membre, d'immobilité complète, d'une longue suppuration, ou d'un obstacle à la suppuration.

Nous ignorons jusqu'où on pourrait tenter l'emploi du galvanisme dans l'atrophie de certains viscères; ce qui semblerait engager les praticiens à mettre en usage cette méthode de traitement, c'est qu'à l'ouverture du cadavre, on trouve très-souvent certains organes petits, flétris, sans qu'on voie nulle part de trace d'inflammation. Ne pourrait-on rapporter ces changemens à une diminution et altération dans l'action nerveuse; dans ce cas le traitement que nous proposons serait vraisemblablement assez efficace pour rendre au viscère affecté son action nutritive.

Nous aurions à produire une vingtaine d'observations de rhumatisme chronique dont la cure, après bien d'autres tentatives infructueuses, a été due à l'application du galvanisme. Nous ferons connaître tous ces faits dans le travail que nous publierons incessamment.

III.me *Obs. — Névralgie frontale guérie par l'application du galvanisme.* — Le nommé....... âgé de 32 ans, éprouve depuis six mois une douleur dans les branches et les ra-

meaux que le nerf frontal distribue aux parties molles du crâne, et dans la direction du tronc lui-même vers le fond de l'orbite. La marche de la maladie est fort irrégulière ; il y a des jours où l'on voit la douleur se faire sentir très-violemment, quelquefois elle est si faible que le malade se croit guéri, jamais cependant l'intermittence n'a été complète ; cette névralgie n'a présenté que des rémissions plus ou moins prolongées. Elle s'est jouée de toutes les méthodes de traitement qu'on a cherché à lui opposer ; les saignées locales, les frictions antispasmodiques et les pilules opiacées ont été sans aucune efficacité.

Quand nous avons vu pour la première fois le malade, la violence de la douleur s'était communiquée au nerf facial, au sous-orbitaire, et semblait suivre toutes leurs ramifications en y produisant des effets analogues au premier nerf affecté ; cette extension presque subite de la maladie avait vivement affecté le malade ; son imagination frappée influençait essentiellement sur son état : lorsque dans son désespoir il versait des larmes, on voyait les nerfs affectés produire des contractions précipitées dans les muscles où ils se distribuent. L'examen le plus attentif des parties où siégeait la maladie ne nous fit jamais reconnaître ni rougeur, ni gonflement ; la pression ne produisait ni pendant le paroxysme, ni pendant la rémission, aucun accroissement dans la douleur.

Cette névralgie n'avait eu aucune influence sur les autres systèmes et appareils de la vie. Les systèmes circulatoire, digestif et respiratoire étaient dans l'état normal.

Le 15 février, le malade vint nous consulter : nous lui conseillâmes d'avoir recours au galvanisme. Le même jour nous introduisîmes une aiguille vers le grand angle de l'œil dans la direction de la poulie cartilagineuse du muscle grand oblique, en dedans de laquelle passe la branche interne du frontal. La seconde

aiguille fut placée sur la partie moyenne du muscle sourcilier ; la communication fut établie avec la pile. Le malade éprouva une très-forte douleur dans le fond de l'orbite ; il y eut plusieurs illusions optiques ; il croyait apercevoir une lumière très-vive qui sillonnait ses yeux ; la même illusion subsistait quoique les yeux fussent fermés. Les muscles orbiculaire, sourcilier, frontaux, se contractaient toutes les fois qu'on cherchait à établir la communication avec les rectangles qui n'étaient séparés l'un de l'autre que par quatre élémens. Ayant voulu augmenter l'intervalle qui les séparait par deux paires de plus, la contraction et l'irritabilité devinrent si fortes, que nous crûmes que nous ne devions pas dépasser le premier nombre des disques ; le malade ne fut galvanisé que pendant vingt minutes ; le lendemain il n'y eut pas un grand soulagement, le spasme et la douleur revenaient aussi fréquens et presque au même degré que les jours précédens.

Le 18 février, la première aiguille fut placée dans la direction du muscle releveur de la paupière supérieure, où commence la division du nerf orbito-frontal ; la seconde fut promenée vers toutes les parties où le nerf semble se terminer ; on établit la même communication avec la pile. Cette seconde opération, qui ne fut pas plus longue que la première, amena un peu de calme les jours suivans. Depuis cette époque l'irritabilité des parties affectées a toujours été en diminuant, et après la dixième opération notre méthode de traitement a eu un plein succès. Nous avons eu occasion de voir le malade depuis sa guérison ; l'état calme de toutes les parties qui avaient été si violemment agitées, annonce la terminaison heureuse de la maladie ; nous devons ajouter que les dernières actions de la pile se composaient de dix à douze élémens.

Dans notre travail sur l'emploi du galvanisme médical

nous rapporterons l'histoire de plusieurs autres observations de névralgie, guéries par le même moyen thérapeutique. Plusieurs de ces douleurs, sur la nature desquelles nous ne possédons encore que très-peu de lumières, mais dont le siège ordinaire est sur le trajet du nerf, ont cédé en peu de temps. Nous pourrions citer la cure de plusieurs névralgies de la face et des membres.

IV.e *Obs.*—Les nommés Blanc, Nivaux et Jornalliers, en proie depuis long-temps à des douleurs très-violentes qui se répandaient dans toute l'étendue du nerf fémoro-poplité, ont vu cesser après un certain nombre d'opérations tous les symptômes de ces cruelles affections. En publiant dans d'autres mémoires l'histoire de ces maladies, nous aurons soin de rapporter très-exactement tous les phénomènes qu'elles ont présentés, afin qu'il soit facile d'apprécier les circonstances favorables où le même traitement peut être employé avec le même succès.

Chorée guérie par l'influence du fluide galvanique. — On a proclamé tous les moyens thérapeutiques pour guérir la chorée ; les méthodes du traitement, quoique bien opposées entr'elles, ont souvent eu du succès, du moins au dire de leurs auteurs. Les saignées générales et locales, l'usage journalier des bains pris tièdes et quelquefois froids, les vésicatoires, les moxas sur la colonne vertébrale ont été successivement préconisés. L'affection dont nous allons ici rapporter l'observation a résisté à tous les moyens et à une série des médicamens internes ; elle a été combattue avec succès par l'emploi du galvanisme.

VI.me *Obs.* — M.lle....... âgée de 12 ans, éprouve à la suite d'une dentition difficile des phénomènes convulsifs ; ils sont d'abord intermittens, les muscles seuls de la joue droite sont agités, bientôt le mouvement convulsif devient presque continu, et s'étend à l'épaule du même côté ; il y a beaucoup de sensibilité dans la partie affectée ; les bains à une douce température, un régime très-doux,

et des pilules faites avec du camphre et de la valériane, n'amènent aucun calme. A l'âge de 7 ans, tous les symptômes caractéristiques deviennent plus intenses; les opiacés, la pivoine, les végétaux narcotiques, l'assafœtida, le protochlorure de mercure augmentent les désordres musculaires; pendant deux ans, les vésicatoires volans, et des moxas à cautères sur les parties latérales du rachis ne calment nullement l'agitation.

La mère de cette demoiselle vint un jour nous consulter à l'hôpital de la Pitié. Voici les symptômes que nous offre la malade: le système de la nutrition paraît être faible et languissant, les muscles sont flétris surtout du côté droit où l'amaigrissement a fait plus de progrès. Les désordres dans le système de la locomotion n'existent que d'un seul côté, mais depuis deux ans ils ont reçu un grande extension, soit par le développement successif de la maladie, soit par l'influence d'une stimulation très-énergique produite par les médicamens; les muscles se contractent et se relâchent continuellement et avec rapidité; ces mouvemens alternatifs produisent des convulsions et des grimaces fort singulières. La malade ne bégaye pas, et prononce facilement tous les mots, et très-distinctement; elle est sans fièvre et n'éprouve aucune douleur, parfois cependant elle sent dans la partie affectée des engourdissemens, des picotemens et des fourmillemens; elle ne se plaint ni de maux de tête, ni d'étourdissement, mais elle ne peut pas se livrer pendant long-temps au travail; son sommeil léger est souvent interrompu par des mouvemens convulsifs.

Doit-on rapporter les phénomènes de la chorée à une lésion de l'organe cérébral, du rachis ou des nerfs? Peut-on rapprocher cette maladie de certains cas convulsifs et du tremblement qui succèdent quelquefois à certaines maladies graves du cerveau? ce n'est pas ici qu'on doit chercher la solution à toutes ces questions; je me

hâte de parler du traitement qui a été couronné d'un prompt succès. Nous conseillâmes à la mère de laisser galvaniser l'enfant que nous eûmes bientôt déterminé à ce genre de traitement. Le galvanisme fut d'abord administré par simple communication sans introduction de l'aiguille; la jambe et le bras malades plongeaient dans deux seaux d'eau tiède, où les deux rhéophores venaient aboutir. Avec six paires l'action galvanique était presque nulle, à peine la malade sentait un picotement dans les parties qui servaient d'intermédiaires aux deux fluides. Nous augmentâmes l'action de quatre paires: aussitôt agitation d'une partie des muscles, et léger trémoussement de la jambe; en rendant les courans continus, il y avait un sentiment de picotement dans le passage du fluide.

Le troisième jour on renouvela la même opération avec le même procédé; les deux galvanisations n'amenèrent aucun changement avantageux; nous engageâmes la malade à permettre qu'on essayât l'introduction du galvanisme par le moyen des aiguilles: une aiguille fut enfoncée près de la première et seconde vertèbres cervicales; une autre fut placée près de la division du plexus brachial, c'était entre ces deux aiguilles que les muscles étaient les plus convulsés. Trois élémens développèrent assez de fluide pour déterminer des contractions et un sentiment de douleur très-prononcé. Cette troisième opération, qui se prolongea vingt-cinq minutes, parut diminuer les contractions musculaires; la malade nous dit deux jours après qu'elle en avait ressenti un avantage très-marqué; elle demanda le lendemain à être de nouveau galvanisée: mais après avoir établi l'appareil de la même manière, il arriva que nous touchâmes par mégarde avec le fil qui servait de conducteur au fluide négatif un élément à une grande distance du premier élément; l'enfant éprouva une si vive douleur, et une si

grande commotion, que les aiguilles furent arrachées. Nous eûmes beaucoup de peine à l'engager de nouveau à se mettre dans le cercle galvanique.

L'opération se prolongea pendant une demi-heure ; six séances ont suffi pour guérir une maladie qui avaient résisté aux moyens les plus énergiques que possède la médecine.

Le galvanisme n'a pas eu une influence si heureuse sur une autre malade. Voici les phénomènes les plus saillans qu'elle nous présentait : il y a environ deux mois qu'elle commença à éprouver, à la suite de quelque violent chagrin, des mouvemens convulsifs dans le globe de l'œil; elle sentait par momens un tiraillement qui la fatiguait beaucoup ; ces mouvemens alternatifs de contraction et de relâchement ont toujours été en augmentant. Depuis sept à huit mois ils s'étendent à toutes les branches des nerfs sous-orbitaires; on voit très-distinctement le muscle orbiculaire, toute la paupière inférieure, la commissure nasale, les muscles zygomatiques, le muscle buccinateur, se contracter très-énergiquement; dix-huit galvanisations n'ont amené aucun changement heureux.

Lorsqu'on adopte une méthode, il est d'obligation d'indiquer les motifs de sa préférence. Si les espérances que l'on avait conçues du fluide galvanique ne se sont pas réalisées, on doit moins en rechercher la cause dans le défaut d'efficacité de ce fluide que dans les mauvais procédés qui jusqu'à nos jours avaient été mis en usage pour le diriger.

Le procédé par introduction du fluide galvanique ne présente aucun inconvénient des autres moyens d'administration; son application est très-simple. Il est vrai, que l'acupuncture est un préliminaire indispensable ; mais chacun sait que cette opération n'est pas aussi douloureuse qu'on pourrait se le figurer d'abord. La pile que nous employons est composée de soixante

paires placées de champ, à raison de la longueur de l'opération. Il serait difficile de se servir d'une pile verticale, dont chaque élément serait séparé par des conducteurs, des morceaux de papier et de drap mouillé; le liquide dégagé par la pression s'écoulerait lentement le long de la pile, et diminuerait nécessairement l'effet galvanique.

Pour mettre en activité le fluide galvanique, on peut se dispenser de remplir les auges d'une eau acidulée; l'eau et les décoctions des diverses plantes sont d'assez bons conducteurs.

Le fluide dirigé par des tiges métalliques produit des effets si sensibles, que la pile sèche de Zamboni, composée de disques de papier doré sur une de leurs surfaces et enduite sur cette même surface d'une légère couche d'huile saupoudrée de poudre de manganèse, produit de très-fortes contractions. Nous avons même essayé une pile absolument sèche, composée de cuivre et de zinc laminé et de papier; le membre qui complétait le cercle galvanique a été très-sensiblement influencé, il y a eu contraction et un léger sentiment de douleur.

Dans notre mode d'électriser, il ne se présente aucune difficulté pour changer la direction des courans; ce renversement s'effectue en portant au pôle positif le rectangle qui était au pôle négatif. En traversant les tissus affectés et en produisant des phénomènes qui appartiennent à la décomposition ainsi qu'à la recomposition du fluide naturel, le courant exerce une action bien plus énergique et une médication bien plus réelle que dans les cas où l'action est limitée à la surface de la peau. Cette manière bien différente d'agir s'explique facilement lorsqu'on fait attention que dans un cas le fluide pénètre dans l'intimité des molécules des corps, qu'il les agite, qu'il intéresse leurs élémens; peut-être même d'autres personnes affirmeraient-elles qu'il se combine et s'identifie avec

le fluide mobile et analogue au fluide électrique.

Mais ne nous arrêtons pas sur des hypothèses que l'état de la science ne permet pas encore de soutenir. Le fluide ne s'écoule jamais dans le réservoir, pourvu qu'on évite avec soin que les deux fils conducteurs ne se touchent pas, leur communication intercepterait l'agent chimique, et l'empêcherait de pénétrer dans les tissus souffrans qui sont de mauvais conducteurs; si même un des rhéophores est appuyé sur les côtés humides de la pile, il y a une diminution notable dans les phénomènes électriques.

Notre méthode économise beaucoup de temps, surtout dans un hôpital, puisque, avec une pile de soixante paires comme la nôtre, on peut galvaniser huit ou dix personnes à-la-fois.

Par la méthode d'introduction on peut graduer à volonté, et d'une manière précise, la quantité de fluide qu'on projette dans les parties; on suit à volonté une progression mathématique; on augmente ou l'on diminue l'action, suivant l'âge, le sexe, l'idiosyncrasie du sujet et la nature du mal. Un semblable avantage est d'un prix inestimable, puisqu'on rencontre à chaque instant des individus sur lesquels la machine électrique à frottement produirait des effets redoutables.

Nous nous contenterons de citer les faits suivans: deux paires mises en communication au moyen d'une eau légèrement acidulée, ont produit de très-puissantes commotions. Un paralytique de 30 ans n'en pouvait supporter que quatre. Une femme de 35, paralysée du bras, se plaignait très-vivement lorsque l'excitateur frappait la troisième paire.

Dans le procédé par introduction, l'effet est plus local; il se trouve circonscrit dans les parties qui complètent le fluide galvanique; jamais sous son influence on ne voit les autres organes éprouver ni secousse, ni stimulation.

Nous nous sommes occupés de son pouvoir sur les di-

vers appareils, et il nous a paru, qu'abstraction faite de l'effet local, l'appareil vasculaire n'éprouve aucune impulsion particulière. On doit compter fréquemment et dans divers états les pulsations, puisque les malades émus éprouvent d'abord quelque fréquence dans le pouls.

Il est un avantage immense, et presque incalculable, celui de pouvoir entretenir au besoin un courant perpétuel qui continue la stimulation, sans être interrompu autrement que par la volonté de celui qui dirige l'opération. Ce nouveau mode nous a réussi dans les affections où les tissus ont besoin d'être soumis long-temps aux moyens capables de les modifier.

Nous pourrions citer plusieurs indurations cellulaires des tumeurs, et des engorgemens scrofuleux qui se sont terminés par résolution. L'observation nous a prouvé que jamais le choc électrodynamique n'augmentait les contractions du cœur.

Il nous faudra encore du temps et beaucoup d'observations pour savoir jusqu'à quel degré l'absorption se trouve augmentée. Nous rapporterons l'histoire d'une hydropisie guérie par notre nouveau moyen de stimulation.

Un autre malade, nommé Belfort, dont nous publierons aussi l'observation, atteint d'une ascite, recevait trois fois par semaine le courant galvanique. Les parois de l'abdomen s'étaient ramollies et évidemment affaissées, lorsqu'on a été obligé d'interrompre l'emploi du galvanisme.

Dans ce mode de procédé, on a la faculté de mettre tous les membres, et le corps lui-même, dans le cercle galvanique, ou de n'établir la direction des courans que dans une seule partie.

On peut aussi parcourir à volonté, successivement, et sans nul danger, toutes les parties affectées. Toutefois nous avons soin d'éviter les gros troncs artériels et nerveux, et bien que nous pénétrions dans les cavités du thorax et de l'abdomen, nous ne le faisons qu'avec une

grande réserve, et en évitant de léser les organes essentiels à la vie.

Les malades s'accoutument assez facilement; ils s'électrisent tous eux-mêmes sous nos yeux, et ne cherchent à éluder ni l'impulsion, ni la fréquence.

On objectera sans doute que l'opération de l'acupuncture, rendue encore plus irritante par l'agent le plus puissant de la nature, doit déterminer des inflammations nombreuses et redoutables. Il importe donc de faire observer cette propriété singulière que possède le fluide électro-dynamique, de ne jamais enflammer les parties qu'il pénètre. Quelle est donc la nature de ce fluide qui brûle et fond les métaux, qui met le charbon dans un état incandescent, et qui traverse les tissus vivans dans lesquels il accroît la sensibilité et la contractilité d'une manière si manifeste, sans laisser jamais des traces de désordre ? Ce prodige est tout-à-fait inexplicable. On a bien dit que le fluide électrique avait quelque analogie avec le fluide nerveux; on a bien assuré que les nerfs en étaient les conducteurs; mais, outre que ces analogies sont encore mal démontrées, cette interprétation n'explique rien.

Observations sur l'hydrophobie, sur les indices certains pour reconnaître l'existence du virus hydrophobique, et sur les moyens de prévenir le développement de la maladie en en détruisant le germe; suivies des principaux cas pratiques observés depuis l'année 1813 *jusqu'en* 1823 ; *par le docteur* M. Marochetti (1), *médecin et chirurgien à la Grande-Amirauté de Saint-Pétersbourg, membre-correspondant de l'Académie royale des Sciences de Turin, et membre de la Société Physico-médicale de Moscou, chevalier de l'ordre de Sainte-Anne de Russie.* — *Saint-Pétersbourg*, 1825.

Avant-propos. — Intimement persuadé de pouvoir con-

---

(1) Une commission formée dans le sein de l'Académie royale de

tribuer au bien public, en faisant connaître à mes collègues une découverte médicale de la plus grande importance, je n'hésitai point en 1820 à publier mes observations sur l'hydrophobie, faites jusqu'à mon départ de l'Ukraine en 1819.

L'ensemble de ces observations établit une méthode de traitement préservatif simple et facile, autant que sûre, pour empêcher le développement de l'hydrophobie, qui peut être employée, même dans les cas douteux, puisqu'il n'en résulte aucun dérangement dans l'économie animale.

L'intime conviction de l'efficacité de cette méthode, le désir d'être utile, et non pas la méprisable prétention de me faire *une réputation à peu de frais*, comme il a été dit dans un Journal, m'ont décidé, malgré les critiques, à ne négliger aucun moyen possible pour rendre ce traitement plus connu. Je n'ignore point que j'ai été accusé d'avoir donné une méthode qui était connue anciennement en Grèce, et qu'on m'a reproché d'avoir voulu m'attribuer l'honneur d'une découverte qui ne m'appartenait nullement. Il est constant que je n'ai pas eu le bon-

---

Médecine, une seconde commission formée sous les auspices de l'autorité administrative, vont s'occuper avec zèle et persévérance de recherches sur la rage. Sous peu de temps, le secrétaire de la première de ces commissions exposera, dans un rapport, l'état de nos connaissances sur cet important sujet, et l'Académie royale de Médecine proposera une série de recherches et d'expériences à faire pour parvenir à la guérison de la rage. Il devient donc important de publier tous les faits qui ne sont pas encore connus, ou d'en envoyer l'histoire à l'Académie royale de Médecine, pour l'aider dans son travail et la faire arriver plus promptement et plus sûrement à d'heureux résultats. C'est d'après cette idée que nous publions dans ce Journal un Mémoire inédit de M. Marochetti, une lettre de ce médecin à M. Dupuytren, et deux lettres adressées au même professeur, par MM. Lafond et . . . . Nous terminerons cette première publication par quelques remarques critiques, et dans une seconde partie nous donnerons le rapport qui devra être prochainement présenté par la commission à l'Académie royale de Médecine.

G. Breschet.

heur d'en être l'inventeur, et je n'ai pas eu la prétention de me donner pour tel ; il suffit d'avoir lu mon Mémoire de 1820, pour me rendre justice à cet égard, puisque j'ai dit franchement dans ce Mémoire, et je le répète dans celui-ci, comment cette méthode est parvenue à ma connaissance.

Mon seul mérite est d'avoir, après beaucoup d'expériences, jugé cette méthode digne d'être communiquée aux praticiens, persuadé, comme je l'étais, de son importance, d'avoir fait de nombreuses expériences couronnées d'un constant succès, et de n'avoir point négligé de recueillir et donner au public ces précieuses connaissances, à l'exemple de beaucoup d'autres praticiens qui, demeurant dans le même pays d'où je les ai tirées, et se trouvant dans des circonstances beaucoup plus favorables, les ont malheureusement négligées.

Le docteur Salvatori, qui eut occasion dans ses voyages de voir traiter un malade, fit mention de cette méthode dans une lettre envoyée à la Société médicale de Trévise, en 1818. Depuis elle devint le sujet d'observations de plusieurs savans confrères, qui confirmèrent la réalité du signe qui indique l'existence de l'hydrophobie, signe qui constitue la découverte.

En parcourant de nouveau le premier mémoire donné en 1820, j'y rencontrai quelques passages qui, n'étant pas assez clairs, ont peut-être induit à erreur quelques personnes de l'art; je me déterminai à le rédiger de nouveau, en y ajoutant ce que l'expérience m'a démontré depuis ce temps, ainsi que les cas pratiques que j'ai cru devoir être intéressans, et jeter du jour sur la théorie jusqu'à présent très-imparfaite de cette maladie.

Je suis maintenant persuadé que le temps et les expériences répétées, faites par des médecins philanthropes de toutes les nations policées où cette méthode est maintenant connue, me justifieront aux yeux des vrais savans

et du public, et me feront jouir de la récompense que chaque honnête homme a droit d'attendre lorsqu'il a été utile à l'humanité.

§. I. *Observations théoriques sur le virus hydrophobique.* — L'hydrophobie, suite de la morsure d'animaux enragés, est, parmi les funestes accidens auxquels l'homme est exposé, une maladie d'autant plus cruelle que tous les moyens employés jusqu'à ce jour pour en sauver les victimes paraissent insuffisans. Malgré quelques cas particuliers, tous les praticiens non prévenus s'accordent à dire qu'il n'existe point de spécifique contre le virus hydrophobique lorsque l'absorption en est faite et que les symptômes sont déclarés; malgré toutes les recherches faites par les médecins savans de tous les pays, on a ignoré jusqu'en 1820 le véritable siége de la maladie.

Une foule de médicamens ont été mis en usage; les uns, parce qu'ils avaient été sans doute employés chez des individus non affectés de cette maladie, acquirent une réputation éphémère; les autres furent simplement employés comme prophylactiques.

Mais un point très-important en médecine, et que l'on a vainement cherché à éclaircir, c'est la cause de cette maladie; ses effets sont malheureusement trop connus.

Dans ce mémoire, j'indiquerai, 1.° ce que l'observation m'a fait connaître; 2.° l'origine de la découverte; 3.° la cure préservative; 4.° enfin les différens cas pathologiques que j'ai eus à traiter, ainsi que les connaissances que j'ai pu acquérir par la pratique, pendant près de huit années dans les gouvernemens méridionaux de la Russie, où il y a une grande quantité de chiens, et où l'hydrophobie est très-fréquente; j'ai eu la douleur de voir périr sous mes yeux un grand nombre de malades; nécessairement j'ai dû faire des recherches sur cette maladie et tenter tous les moyens connus. Voici successivement ce que l'ob-

6..

servation la plus scrupuleuse m'a fait connaître sur l'hydrophobie.

1.° Je me suis convaincu que sur plusieurs personnes blessées les unes après les autres par un animal hydrophobe, chez la première, le développement de la maladie s'accompagne de symptômes plus graves, plus violens que chez la seconde; que celle-ci est plus affectée que la troisième, et ainsi de suite, le *virus* agissant toujours en raison inverse du nombre, si bien que la 10.e ou la 15.e personne pourrait être considérée comme hors de danger : ce cas se présente quelquefois.

2.° Le virus ne séjourne pas constamment dans la gueule de l'animal hydrophobe, il ne s'y accumule qu'au bout d'un certain temps; la morsure dans cet intervalle ne saurait être venimeuse. Voilà donc deux cas dans lesquels l'animal ne peut communiquer la rage.

3.° Une abondante suppuration, résultant d'un abcès phlegmoneux ou d'une plaie à grande surface, fait ordinairement disparaître le *virus*; et la personne qui se trouve dans ce cas n'a pas beaucoup à craindre cette maladie, quoiqu'il n'en soit pas absolument toujours ainsi.

4.° Le virus hydrophobique ne perd point, comme le miasme *pestilentiel*, de son intensité en se communiquant d'un corps à l'autre; mais en raison de sa quantité, il agit avec plus ou moins de violence, et c'est précisément en raison des différentes doses de *virus* introduites dans les plaies par la morsure que les symptômes se développent à différentes époques. Malheureusement l'effet pour en être plus prompt ou plus tardif n'en est pas moins funeste.

5.° Il est certain que ce poison ne séjourne pas longtemps dans les morsures, qu'il se porte dans toute son intégrité à une partie du corps que nous désignerons plus loin; que dans cette partie il agit comme un astringent des plus puissans; c'est au moins ce que j'ai eu lieu de croire

d'après la marche de la maladie. Ce *virus*, en s'accumulant, enflamme ou irrite et bouche les voies par lesquelles la nature tente de l'expulser de l'*économie animale*.

6.° Il n'existe qu'un seul et unique moyen de prévenir le développement de l'hydrophobie dans l'individu qui va en être atteint ; je l'avance hardîment, et l'expérience confirmera de plus en plus cette assertion, c'est d'évacuer le virus hydrophobique lorsqu'il se présente. Nous dirons donc où il réside et comment l'évacuer.

Les glandes sublinguales sont au nombre de deux, une de chaque côté, au-dessous de la langue, entre les muscles génio-glosses, l'os maxillaire inférieur et la membrane interne de la bouche qui les couvre immédiatement : ces glandes donnent naissance à deux ou trois canaux sécréteurs qui s'ouvrent dans ceux des glandes *sous-maxillaires*, et ceux-ci s'ouvrent vers l'un et l'autre côtés du frein de la langue. C'est là précisément au bout de ces canaux qu'après la morsure d'un animal enragé, et au bout d'un certain nombre de jours, le virus hydrophobique se porte et où il se renferme temporairement, formant vers les deux points que nous venons d'indiquer une ou deux petites tumeurs ou vésicules d'un volume inégal (1). Par l'exploration que l'on fait avec la sonde, l'on sent quelquefois qu'il y réside une humeur qui est précisément, comme l'observation le prouvera, le virus hydrophobique : c'est là que la nature nous livre son ennemi, et c'est de là que nous devons l'expulser.

On ne peut pas préciser exactement l'époque à laquelle ces petites tumeurs deviennent évidentes ; ordinairement, lorsqu'elles doivent se former, c'est du troisième au neu-

(1) Je les nomme ainsi parce qu'elles n'ont pas toujours la même forme ni la même grandeur. Parfois elles présentent à l'œil une *bourse charnue*; d'autres fois elles prennent l'aspect d'une tumeur rouge égale, et quelquefois elles se présentent sous la forme de petites excroissances inégales d'une couleur rouge brune.

vième jour après la morsure. Si le virus n'est pas évacué dans les vingt-quatre heures, généralement il disparaît au moyen de la *réabsorption*, quoique j'aie eu deux cas où ces tumeurs ont suivi une autre marche ; alors il ne laisse plus aucune trace de sa préexistence.

Une double *métastase* paraît se faire vers le cerveau après la disparition de ces tumeurs ; les symptômes de l'hydrophobie commencent à se manifester par degrés jusqu'au plus haut degré, et le malade succombe dans un accès.

A l'ouverture du cadavre, on ne peut rien observer des ravages faits par ce virus ; ce qui prouve incontestablement que son action se portait directement sur le cerveau : en effet, toutes les autres causes mortifères qui exercent leur action sur tout autre organe laissent des traces. Malgré toutes les recherches d'anatomie pathologique, on n'a découvert aucun indice capable de fixer l'attention des médecins et de rendre raison des effets, parce que l'on ignorait la cause, c'est-à-dire la réabsorption de ce virus.

§. II. *Méthode curative.* — La première chose à exécuter, lorsqu'une personne croit avoir été mordue par un animal enragé, c'est d'appliquer de suite l'emplâtre-vésicatoire sur la morsure, si toutefois l'on n'a pu employer le cautère actuel à l'instant même ; dans le premier cas, comme dans l'autre, le vésicatoire doit toujours être employé.

L'on examinera au plus tôt la partie où nous avons dit que les *tumeurs* se forment. Cet examen doit être continué pendant quarante-deux jours, une et mieux encore deux fois par jour, pour plus de sûreté. Si au bout de ce temps on n'a pas aperçu les tumeurs, et si l'on n'a pas fait usage de la décoction dont nous parlerons plus bas, l'on peut être persuadé que la personne n'était pas infectée du virus hydrophobique. Mais quand cette dé-

coction a été employée dès le commencement, et que les tumeurs ne se montrent point, alors, sachant que l'animal qui a mordu était effectivement enragé, nous devons être persuadés que le virus a été détruit par le remède. Quoi qu'on ait pu dire sur l'emploi de la plante, je suis convaincu qu'elle est le véritable préservatif de cette maladie, puisque, dans beaucoup de cas, elle seule neutralise le virus, et dans d'autres elle le pousse, pour ainsi dire, à la surface, pour former les tumeurs. Le fait est que rarement j'ai observé ces tumeurs lorsque j'ai pu administrer la décoction dès le jour de la morsure.

Si ces tumeurs surviennent durant l'examen, il faut, aussitôt qu'on les aperçoit, les ouvrir avec une petite *lancette* bien tranchante ou avec de petits ciseaux courbes, et ensuite cautériser en appliquant aussitôt sur l'endroit un petit bouton de feu, comme ceux dont les dentistes se servent pour brûler la carie. Mais comme il est quelquefois difficile de faire des incisions aux tumeurs, ou par le manque d'instrumens adaptés, ou lorsque le malade a une invincible aversion pour l'instrument tranchant, qu'il y aurait à craindre qu'il se blessât en remuant involontairement la langue, et même dangereusement, et enfin lorsque les tumeurs sont d'un très-petit volume, alors l'on peut hardîment se borner à la cautérisation, ayant soin de détruire entièrement les tumeurs.

Cette opération se fait en soulevant la langue du patient d'une main, lorsqu'il ne peut ou ne sait pas lui-même la lever vers le palais; elle doit être enveloppée d'un linge et soulevée vers la mâchoire supérieure et un peu de côté, afin de parvenir aisément à avoir bien en vue et sous l'instrument les tumeurs, pour faciliter la cautérisation; un aide peut tenir ces organes. Le malade placé convenablement, l'on fera autant d'incisions longitudinales qu'il y aura de tumeurs, en faisant de suite rincer la bouche, et l'on appliquera le caustique. Si ces

tumeurs ou pustules sont très-apparentes, il en sort quelquefois une goutte de *lymphe* sanieuse, et même verdâtre, ce que je vis une fois : dans tous les cas, après l'application du caustique il faut faire boire au malade la décoction de la plante entière de *genista-tinctoria*, préparée dans la proportion d'une once dans deux livres d'eau réduites à moitié.

Je crois nécessaire d'avertir que la décoction doit être préparée et administrée avant l'opération, et qu'il faut en continuer l'usage pendant les six semaines que le malade doit être soumis à l'examen et au traitement. La dose de la décoction est de deux livres par jour, et même plus si le malade peut s'en servir comme boisson ordinaire ; il doit la boire toujours chaude.

La poudre des feuilles et fleurs de la même plante, doit être aussi employée intérieurement à la dose de deux jusqu'à trois drachmes par jour en trois ou quatre fois, ayant égard à l'âge et à la constitution du sujet. Elle ne produit aucune altération dans l'économie animale; par conséquent on peut même l'administrer à une dose plus forte, lorsqu'elle n'excite point le vomissement. La *poudre* peut être donnée dans la décoction ou dans l'eau ; comme elle ne se mêle pas facilement aux liquides, les malades éprouvent souvent de la difficulté à l'avaler ; alors le meilleur moyen est de la donner sèche en en saupoudrant des tranches de pain. Elle paraît même avoir plus de vertu administrée de cette manière, et c'est ainsi que je la donne maintenant.

L'opération qui consiste à ouvrir ou détruire les pustules est si facile, que qui que ce soit qui l'aura vu faire une fois pourra l'exécuter, et non-seulement les personnes de l'art, mais chaque individu en cas de besoin pourra la faire sans crainte, ce qui est très-important pour les petites villes ou villages où il ne se trouve pas de chirurgien.

Quant aux plaies, je les traite toujours en y appliquant l'emplâtre vésicatoire, que je laisse agir pendant vingt-quatre heures, ensuite j'enlève la vessie qu'il a formée, et si les plaies ne sont pas très-irritées, je fais une seconde application du même emplâtre, et j'entretiens la suppuration au moyen d'un digestif et du même vésicatoire que j'applique toujours de préférence; je n'emploie le second que lorsque les plaies sont tellement irritées, que l'on pourrait craindre l'inflammation, quoique pourtant il soit toujours plus utile de les tenir dans un degré de sensibilité exaltée, pourvu qu'il n'y ait pas à craindre la gangrène; cette suppuration des morsures doit être entretenue pendant six semaines. Lorsqu'il y a des plaies graves et que leur surface est de mauvais aspect, que la suppuration est de mauvaise nature, l'on peut employer, de deux pansemens l'un, le résidu de la décoction comme correctif et détersif en guise de cataplasme.

Il est souvent nécessaire d'administrer un purgatif au malade, une fois par semaine, et même quelquefois un clystère émollient; par ces moyens l'on obvie à la constipation causée par le *tannin* de la plante.

Il est essentiel de bien faire attention à l'apparition des symptômes précurseurs de la formation des tumeurs ou pustules sublinguales, qu'un hazard heureux nous a fait connaître; en voici les principaux : vers cette époque la paupière se dilate et devient fixe, le regard est mélancolique, le malade est inquiet, il souffre des maux de tête plus ou moins forts; ce sont presque les seuls symptômes que j'ai pu observer dans ce cas, ils précédèrent presque toujours le développement de la maladie.

§. 3. *Observations pathologiques. — Découverte de la méthode.* — I.re *Obs.* — J'habitais *l'Ukraine*, en 1813, en qualité de médecin de S. E. M. le comte Mosezenski, lorsque dans un village de ce seigneur, appelé Rijavka, pendant une soirée d'automne, à l'heure à laquelle les

paysans reviennent de leurs travaux, un gros chien enragé, d'un village voisin, mordit quinze personnes d'âge et de sexe différens; ma demeure se trouvant à une distance de cinq werstes, l'on ne m'en donna avis que le lendemain matin. Je me transportai aussitôt dans ce village, je commençai à assigner à ces malheureux une maison assez grande pour les contenir tous, et je plaçai près d'eux des gens pour les garder et les servir. Dans cet intervalle une députation de vieillards vint me prier de laisser traiter ces gens par un paysan des environs qui en faisait son état avec un succès constant; ce paysan était un cosaque Zaparostza, dont la famille, établie depuis long-temps dans ces contrées, faisait depuis un temps immémorial, de père en fils, son état de traiter les personnes mordues, sans communiquer son secret à personne; les vieillards m'assurèrent qu'ils pouvaient tous me rendre témoignage pour cet homme qui avait, disaient-ils, sauvé plusieurs centaines d'individus dans ce gouvernement.

J'avais déjà entendu parler de cet homme, et j'étais curieux de m'assurer par moi-même de l'efficacité d'un moyen dont je n'avais pas d'idée, mais qui paraissait d'une importance très-grande pour l'humanité et dont j'avais cherché jusqu'alors l'occasion d'être témoin oculaire. A cet effet, après avoir obtenu l'agrément du maître du village, je permis à ce paysan de traiter les malades; mais à deux conditions, la première, que je serais présent à tout ce qu'il ferait; la seconde que pour m'assurer si véritablement le chien qui avait mordu ces gens était effectivement enragé, je traiterais, par les moyens connus jusqu'alors par les gens de l'art, un de ces individus; je choisis donc entr'eux une fille de six ans, à laquelle je fis subir un traitement médical sans négliger la cautérisation des plaies; elle fit usage du *calomel*, du *camphre*, de *l'alisma plantago* et même de *l'opium*. Les autres malades commencèrent à prendre la décoction de *genista-*

tinctoria, que le paysan fit en ma présence; je ne reconnus pas dans l'instant la plante, mais, en ayant mis de côté quelques parties que j'emportai chez moi, à l'aide de l'ouvrage de *Linnée* j'en découvris le nom que je ne pouvais autrement savoir, puisque dans le pays elle n'est connue que sous la dénomination de *Drok-Dpok*. Elle est employée dans le pays pour teindre en jaune.

Passant la plupart de mon temps près de ces malheureux, j'administrai moi-même les remèdes à l'enfant : j'avais installé un chirurgien, avec ordre de ne point laisser agir le paysan en mon absence. Ce dernier commença par regarder sous la langue de chaque individu, l'un après l'autre, examen qu'il fit tous les jours matin et soir. A mesure que des boutons paraissaient, il me les montrait, les ouvrait et les cautérisait avec une espèce de grosse aiguille rougie à la chandelle; ensuite il leur faisait rincer la bouche avec la décoction dont nous avons parlé.

Quant à la jeune fille de six ans, dont je suivis avec la plus grande exactitude le traitement, lequel fut conforme à celui que nous avons coutume d'employer, elle fut victime de cette expérience. Le matin du septième jour après l'accident, elle fut tout-à-coup attaquée des symptômes d'hydrophobie, huit heures après elle mourut en ma présence dans des accès de rage affreux. Je ne puis pas dire si cette fille a eu des boutons ou non, parce que je n'y fis pas attention; chose que je regrette maintenant d'avoir négligée.

Des quatorze personnes qui restèrent, douze subirent l'ouverture des tumeurs et furent sauvées. Les deux autres, qui avaient peut-être été mordues les dernières, n'eurent pas de boutons et furent également sauvées. Après avoir fait usage pendant six semaines de la décoction de *genista*, et les plaies, qui avaient été maintenues dans un état de suppuration pendant tout ce temps,

ayant été cicatrisées, toutes ces personnes furent relâchées bien portantes. Ayant demeuré encore trois ans après cet accident dans le même village, j'ai vu souvent tous ces individus, et j'ai pu me convaincre que leur guérison a été parfaite.

Ce seul cas démontrait tellement l'efficacité de cette méthode, que je n'avais pas besoin de nouvelles expériences; mais je voulus attendre jusqu'à ce que je pusse avoir plus de cas pratiques pour convaincre les autres, avant de lui donner de la publicité; malheureusement les occasions ne sont pas rares dans les pays que j'habitais.

II.e *Obs.* — Etant dans la Podolie en 1818, je demeurais dans une petite ville nommée Aleskooka, district d'Olgapol. Au mois de février, vingt-six individus, tant chrétiens que juifs, d'âge et de sexe différens, furent mordus par un chien enragé. Ce chien faisait des incursions dans la ville, et mordait toutes les personnes qui se trouvaient sur son passage, puis se cachait de nouveau comme pour préparer de nouveau poison. Enfin, les habitans réunis le cherchèrent vers le lieu de sa retraite ordinaire, et le trouvèrent mort près d'un tas de froment.

Malgré tous les soins que je pus prendre, il ne m'a pas été possible de savoir au juste l'ordre suivant lequel ces individus furent mordus. Un nombre de malheureux aussi considérable ne pouvait être enfermé dans la même maison; je fus obligé de faire trois divisions dans trois maisons différentes; savoir : dans la première division je plaçai neuf hommes, dans la seconde onze femmes, dans la troisième six enfans, et dans chacune de ces maisons je mis un chirurgien juif, phlébotome, pour préparer la *décoction*, la faire boire exactement, et me faire tous les matins le rapport de ce qui s'était passé pendant la nuit.

Dans la première division, deux personnes eurent des boutons sous la langue; dans la seconde, toutes; et dans la troisième, seulement trois enfans.

De tous ces individus, ceux qui avaient des plaies graves et en plus grand nombre, eurent les boutons le troisième jour, d'autres le cinquième, le septième et le neuvième jour : une femme ne les eut que le vingt-unième jour après la morsure. Cette femme avait été mordue très-légèrement à la jambe droite.

Les sept personnes qui n'eurent point de boutons burent néanmoins la décoction pendant six semaines, et furent mises en liberté avec les autres après ce temps, à l'exception de celles dont les plaies n'étaient pas guéries à cette époque.

A différentes époques et en différens lieux, tandis que j'habitais encore l'Ukraine, j'ai eu occasion de traiter encore sept personnes de la même manière et avec le même succès, entre autres un paysan qui avait été mordu par un loup enragé, en allant d'un village à un autre. Ses cris attirèrent d'autres hommes qui l'aidèrent à tuer ce féroce animal que l'on savait déjà être enragé. La seule différence qu'il y eut dans la cure radicale, c'est que cet homme, entre autres blessures, en avait une à la partie antérieure de l'articulation du tarse; les tendons et les ligamens articulaires étaient tellement lacérés, que tous les moyens chirurgicaux ne purent prévenir une grande difformité du pied. Cet homme fut obligé de rester deux mois au lit.

Je passerai maintenant aux observations les plus intéressantes que j'ai été à même de faire à Moscou, lorsque j'étais attaché à l'hôpital Galitzin.

III.ᵉ *Obs.*—En 1820, le 13 janvier, deux chiens de basse-cour, dont l'un à la chaîne, appartenant au bourgeois Petroff, furent mordus pendant la nuit par un chien enragé qui s'introduisit dans la cour et qui disparut ensuite. Comme

on ne se doutait pas de la cause du bruit fait par les chiens, on ne se donna pas la peine d'aller les séparer, et ces chiens, après plusieurs plaintes, se tûrent. Le 24 du mois de mars suivant, la fille de Petroff, Marie, âgée de dix ans, étant descendue dans la cour de grand matin, pendant qu'il faisait encore sombre, pour satisfaire quelques besoins naturels, fut mordue tout-à-coup à la partie postérieure de la cuisse et au genou droit, par le chien libre qui, depuis le jour précédent, n'était pas rentré à la maison : ni l'un ni l'autre chien n'avait mangé ni bu des provisions qu'on leur donnait journellement. Le père, frappé des cris de sa fille, accourut et la trouva dans un état d'épouvante extraordinaire, se plaignant d'une grande douleur aux parties blessées. Le chien qui l'avait mordue se tenait au-devant d'elle dans un état de stupidité, comme étonné d'avoir pu faire du mal à l'enfant de son maître : il avait les yeux étincelans, la queue baissée et l'écume à la bouche. Petroff se ressouvint alors de ce qui s'était passé dans la nuit du 13 janvier, et réfléchissant que depuis quelques jours ce chien ne l'approchait plus pour le caresser, il se persuada que l'animal était devenu enragé, et il le tua d'un coup de fusil. Sa demeure n'étant pas éloignée de l'hôpital, il y vint le même jour me consulter.

J'examinai les plaies qui n'étaient pas très-profondes, quoique lacérées; l'enfant souffrait de très-fortes douleurs par la déchirure de quelques fibres de l'aponévrose du *fascia lata*, ainsi que des tégumens du genou. Je lui appliquai, malgré la douleur, tout de suite l'emplâtre-vésicatoire sur les plaies, et n'ayant pas voulu la laisser à l'hôpital, j'ordonnai au père de l'emmener pour me la conduire de nouveau le lendemain. Je lui donnai deux onces de *genista*, en lui expliquant la manière d'en faire la décoction et lui recommandant de venir avec sa fille tous les jours à la même heure.

Trois jours se passèrent sans qu'il me donnât des nouvelles de la malade, mais au matin du quatrième jour (27 mars), il accourut chez moi avec sa fille, et me dit qu'il venait de tuer son chien de cour qui avait voulu le mordre lorsqu'il s'en était approché pour lui donner des alimens, et voyant que ce chien n'avait pas touché à l'eau qui était près de lui, que ses yeux étaient rouges, que l'écume lui sortait de la gueule, et que la langue était pendante; enfin, sachant que ce chien avait été mordu en même temps que celui qui blessa sa fille, je ne pus douter qu'il ne fût aussi enragé.

Je reprochai à cet homme de ne m'avoir pas amené sa fille les jours précédens. J'examinai la bouche, et je trouvai que les boutons étaient formés et même d'une couleur plus obscure qu'à l'ordinaire, preuve qu'ils étaient déjà formés de la veille. Je plaçai de suite la malade à l'hôpital, et je prévins M. le docteur Damm, médecin en chef de l'hôpital Pierre et Paul, pour les lui faire voir, d'après le désir qu'il m'en avait manifesté, et je fis l'ouverture et la cautérisation des boutons en sa présence. La couleur extraordinaire de ces boutons me donna de l'inquiétude; je craignis d'avoir trop tardé à les détruire, et les symptômes qui suivirent m'ont ensuite persuadé qu'une portion du virus hydrophobique avait déjà été *réabsorbée;* car en examinant les parties au-dessous de la langue, le soir du même jour je vis les glandes sublinguales chargées d'une espèce d'éruption miliaire de couleur jaune, en forme de vessies imperceptibles, contenant une matière semblable au pus délayé, sans pouvoir affirmer que cette matière fût du virus hydrophobique, quoique cette opinion paraisse être justifiée par ce qui arriva. Je pris à l'instant le parti de cautériser légèrement ces pustules avec la pierre infernale, afin de prévenir les suites funestes qui en auraient pu résulter; je passai ensuite sur cet endroit une pièce de linge imbibée d'huile, pour

que l'action du nitrate d'argent fût arrêtée à la surface. Je me départis un peu dans cette circonstance du traitement, en ce que je cautérisai aussi les plaies des morsures parce qu'elles étaient d'un jaune foncé.

Comme ce cas présente des phénomènes que je ne vis sur aucune autre personne mordue, et qu'il est essentiel pour l'art de faire mention de tout ce qui peut concourir à éclaircir nos idées sur cette maladie, je continuerai cette intéressante observation en forme de journal, et ferai part de tout ce qui fut observé pendant la cure.

Le 28, rien ne parut ; Marie fut tranquille toute la journée, mangea, but et dormit très-bien.

Le 29, cette espèce d'éruption qui se montra sous la langue le 27, parut encore en partie, et fut traitée de la même manière. La malade était faible, souffrante, avait de grands maux de tête ; toutes les glandes externes, telles que les *parotides*, *sous-maxillaires*, *axillaires* et *inguinales* enflèrent considérablement ; elle eut en outre vers le soir un accès de fièvre qui dura près de trois heures, ensuite elle se tranquillisa et s'endormit.

Le 30, elle fut bien au matin, mais l'après-dîner elle éprouva de la chaleur et de l'inquiétude ; elle avait le pouls inégal et fréquent. En approchant de la bouche le verre pour boire, elle fut saisie d'un tremblement universel, mais ce ne fut que pour un instant ; ensuite elle but sans aucune répugnance.

Le 31, quoique les glandes fussent toujours dans le même état, elle ne se plaignit de rien ; quelques petits grains jaunes ayant encore paru sous la langue, je les brûlai, ce qui ne l'empêcha ni de prendre sa nourriture ni ses remèdes.

Le 1.er avril, neuvième jour après la morsure, elle fut bien, et l'on ne put remarquer aucun symptôme pendant toute la journée ; mais la nuit, vers les onze heures, elle se réveilla en sursaut, fit plusieurs cris, et tout-à-coup

sauta à bas de son lit, attrapant avec ses ongles la planche sur laquelle on inscrit le nom de la maladie de celui qui occupe le lit : elle la tenait fortement serrée; ensuite elle retomba assise sur le plancher, ayant été réveillée par mon élève, qui était venu lui donner des soins au commencement de cette crise. J'arrivai et la trouvai dans un état d'insensibilité, froide, le pouls altéré et dur; cette espèce de paroxysme dura jusqu'au matin.

Le 2, elle fut assez bien jusqu'à deux heures de l'après-midi; alors elle eut un tremblement des mains : elle prit cependant sa décoction sans répugnance, s'assit sur son lit sans rien dire, regardant les personnes qui l'entouraient avec des yeux hagards et sans répondre aux questions que je lui faisais; son visage prit une teinte jaune, pâle; il changeait de couleur à tous momens, et était dans un état de stupeur; le pouls était plein et fréquent. Cette situation ne se maintint que vingt minutes; ensuite elle revint à son état naturel, demanda à boire, ce qu'elle fit avec beaucoup d'avidité, et s'endormit jusqu'au matin.

Ces différens symptômes qui survinrent si fréquemment en si peu de jours me firent penser que pour détruire la portion de virus qui devait se trouver répandue ou réabsorbée au cerveau, ou qui circulait dans le sang, la dose ordinaire de *genista* était peut-être trop petite. Voulant produire une action plus prompte et plus efficace, je me déterminai à administrer aussi ce médicament en poudre à la dose de trois drachmes par jour, divisée en trois doses, dont on saupoudrait des tranches de pain; ce que je fis continuer jusqu'à la moitié de la durée du traitement.

On a remarqué que la nature donne souvent aux malades un goût pour certains alimens ou certaines substances dont on tenterait en vain de faire usage dans l'état de santé; j'ai observé qu'il en est ainsi du *genista* dans ce cas : non-seulement toutes les personnes mordues s'y ha-

bituent facilement, mais au bout de peu de temps elles le prennent même avec avidité, quoique son goût soit assez désagréable.

Le 3, la malade se trouva bien toute la journée, mangea avec appétit et dormit tranquillement. Le 4, jusqu'à onze heures du matin, rien ne parut; alors elle devint taciturne et comme absorbée, mais depuis cinq heures elle fut tranquille, quoiqu'elle se plaignît d'une douleur sourde et d'une espèce de gêne dans les glandes enflées. Le 5, elle était tout à fait bien. Le 6, elle se portait bien; mais l'après-dîner il y eut de la chaleur pendant une heure. Les 7, 8 et 9, bien.

Le 10, bien jusqu'à midi; après le dîner, elle était mélancolique, quoiqu'elle ne se plaignît d'aucun mal; les glandes inguinales du côté droit enflèrent tout-à-coup; il se forma une tumeur dure de la grosseur d'un gros bubon, sans qu'une inflammation ait précédé. Cette tumeur la gênait beaucoup à marcher. L'engorgement des autres glandes commença à diminuer, et dans l'espace de vingt-quatre heures il disparut. A sept heures du soir, le pouls était très-agité; il y eut beaucoup de chaleur; la malade était très-inquiète, jouissait de sa raison, mais son regard était féroce; elle ne s'endormit pas pendant la nuit.

Le 11 jusqu'à huit heures du matin elle était dans le même état. J'observai qu'elle était très-constipée, et avait le ventre tendu; je lui administrai quatre onces de l'infusion laxative de Vienne; elle fut très-peu purgée, mais elle se trouva beaucoup mieux après. Le 12, elle se porta bien et l'enflure diminua. Le 13, il y eut un peu de chaleur le matin, mais de peu de durée; du reste elle se portait bien.

Le 14, elle n'éprouvait aucun mal, mais l'enflure des glandes inguinales augmenta de nouveau; alors croyant aider à la nature pour expulser une matière morbifique

que je croyais avec quelques probabilités séjourner dans la tumeur, j'y appliquai l'emplâtre de gomme ammoniaque. J'ai pourtant été trompé dans mon attente, et il n'y eût jamais la moindre fluctuation dans cette tumeur. Le 15, elle se porta bien. Le 17, il y avait de la chaleur; la tumeur devint douloureuse, et la nuit il y eût de la fièvre : pendant ce jour, elle mangea très-peu, mais elle but sa décoction et prit sa poudre comme à l'ordinaire. Le 18 au matin, la malade avait le pouls serré et fréquent, le regard égaré, la paupière très-dilatée, avec une grande palpitation de cœur. En buvant la décoction, elle eut un tremblement universel, fut très-pâle pendant toute la journée; mais au soir elle fut beaucoup mieux et dormit toute la nuit.

Depuis ce jour, la tumeur, sur laquelle j'appliquai toujours le même emplâtre, diminua peu à peu tous les jours, et à la fin de la cure elle était entièrement dissoute. Je purgeai la malade encore trois fois; elle éprouva quelques légers symptômes à différentes époques, mais sans conséquence. Enfin, le 2 mai elle sortit de l'hôpital en parfaite santé. Je n'ai plus parlé des plaies, parce que j'ai dit autre part comment il faut les traiter. Je revis cette jeune fille plus d'une année après sa sortie de l'hôpital; elle jouissait d'une bonne santé. Les symptômes alarmans qui parurent à tant de reprises dans cette maladie, et les propriétés anti-hydrophobiques du remède qui les a dissipés réclament l'attention des praticiens.

(*La suite au prochain Numéro.*)

Mémoire sur l'empoisonnement par le cyanure de mercure; *par le docteur* C. P. Ollivier (*d'Angers.*) (1)

M.*** âgé de...... demeurant à Paris, d'une constitution athlétique, jouissant habituellement d'une bonne

(1) *Journal de Chimie médicale*, juin 1825. (Extrait.)

santé, mélancolique, avait plusieurs fois manifesté son dégoût pour la vie, lorsque dans le courant d'avril 1823, il avala d'un seul coup treize décigrammes (vingt-trois grains et demi environ) de cyanure de mercure; immédiatement après, vomissemens répétés de matières mêlées de sang; déjections alvines, fréquentes et copieuses; douleurs atroces dans tout l'abdomen; on administre des boissons délayantes, les phénomènes persistent et ce n'est que le quatrième jour que M. Kapeler, qui a recueilli cette observation, est appelé. Le malade était alors dans l'état suivant: il était couché sur le côté droit, appuyé sur le bras de ce côté; son visage est sérieux, ses yeux fixes, conjonctives injectées, face animée, céphalalgie atroce, contractions du cœur fortes, développées, repoussant la main appliquée sur la région précordiale, pouls médiocrement fréquent, presque lent, mais en même temps plein et dur; respiration libre, toux légère, la poitrine résonne parfaitement dans toute son étendue. Les lèvres, la langue, la face interne des joues sont parsemées d'une multitude d'ulcérations recouvertes d'une pulpe d'un blanc grisâtre; la soif est très-vive, les glandes salivaires sont gonflées, tuméfiées, écoulement continuel d'une salive abondante et qui exhale l'odeur particulière à la salivation mercurielle.

La déglutition est facile, il y a des nausées, des envies continuelles de vomir, et des vomissemens après l'ingestion des boissons dans l'estomac; le ventre est souple, nullement douloureux à la pression, le malade est tourmenté par de fréquentes envies d'aller à la garde-robe; selles rares, évacuations de matières mêlées de sang, l'urine ne coule pas; le scrotum est d'une couleur bleue foncée ainsi que le pénis, qui est dans un état continuel de demi-érection. On prescrivit successivement des applications de sangsues à l'anus, sur l'abdomen, des boissons mucilagineuses, des gargarismes miellés, etc.; à ces

moyens qui furent variés pendant la durée de la maladie, on ajouta les bains entiers, les saignées du bras, l'eau albumineuse; mais quoiqu'on insistât constamment sur le traitement antiphlogistique le plus énergique, l'inflammation gastro-intestinale conserva la même intensité, tous les accidens précités persistèrent, la demi-érection entr'autres; l'affaiblissement du malade fut en augmentant, en même temps qu'il se manifesta des mouvemens convulsifs; l'ischurie fut complète jusqu'à la fin; il mourut le neuvième jour après l'ingestion du poison, dans une syncope, peu de temps après avoir été retiré du bain.

A l'ouverture du cadavre on fut d'abord frappé du gonflement du pénis qui était le même que pendant la vie, et qui conservait ainsi que le scrotum la teinte violacée dont il a été fait mention. D'ailleurs, rigidité cadavérique très-prononcée avec flexion des membres sur le tronc; les organes du thorax ne présentaient aucune altération notable; la membrane muqueuse gastro-intestinale offrit dans toute sa longueur les traces d'une inflammation considérable, disposées par plaques irrégulières; dans ces divers points la membrane muqueuse était soulevée par une infiltration de sérosité dans le tissu cellulaire sous-muqueux. La capsule surrénale et le rein droit étaient d'un tiers plus volumineux que dans l'état ordinaire, le tissu du rein était pâle et décoloré; la même altération se remarquait, mais à un moindre degré, dans le rein du côté opposé; la vessie très-contractée sur elle-même, contenait un peu d'urine blanchâtre et laiteuse; les cavités du crâne et du rachis ne furent pas ouvertes.

M. Ollivier fait remarquer, parmi les symptômes qui ont été observés dans cet empoisonnement, la persistance des vomissemens, les ulcérations mercurielles de la bouche, la salivation abondante, les contractions du cœur qui étaient très-fortes d'abord, et

qui sont devenues successivement plus lentes et plus faibles, la souplesse de l'abdomen et l'absence de toute douleur à la pression, malgré une inflammation aussi intense, le ténesme continuel, l'absence de toute émission d'urine, la demi-érection et la couleur ecchymosée du pénis et du scrotum, phénomènes qui persistaient encore après la mort. — Quant aux altérations cadavériques, M. Ollivier se demande si le gonflement des reins dépendait de l'inflammation de leur tissu, ou s'il était dû à une autre cause? N'a-t-il pas dû contribuer à causer la suppression d'urine dont le malade fut tourmenté jusqu'à sa mort? Serait-ce un symptôme propre à cet empoisonnement chez l'homme? Quoi qu'il en soit, il est évident que les phénomènes les plus tranchés qui se sont présentés les premiers, sont ceux d'une gastro-entérite fort intense, de sorte qu'il paraît que les accidens nerveux qui ont existé plus tard ne se sont développés que sympathiquement; cependant il est à regretter que le cerveau et la moelle épinière n'aient pas été examinés.

Voulant étudier plus particulièrement la nature des phénomènes morbides auxquels le cyanure de mercure donne lieu, M. Ollivier a fait sur les animaux un assez grand nombre d'expériences, desquelles il résulte, 1.° que le cyanure de mercure appliqué à l'extérieur du corps, agit sur l'économie animale après qu'il a été absorbé et transporté dans le torrent circulatoire. Cette absorption est plus rapide sur le tissu cellulaire que sur les membranes muqueuses. Cette absorption d'ailleurs a été démontrée par Tiedemann et Gmelin, qui ont retrouvé le poison dans le sang de la veine splénique et des veines mésaraïques des chiens et des chevaux tués par le cyanure de mercure.

2.° Que son action immédiate sur la partie avec laquelle on le met en contact est à-peu-près nulle dans les premiers instans, de sorte qu'on ne peut le consi-

dérer comme essentiellement irritant ; cependant il produit quelquefois des phénomènes évidemment inflammatoires, mais dont l'intensité n'est pas assez grande pour qu'on puisse leur attribuer les symptômes généraux qui se manifestent, et qui sont bientôt suivis de la mort.

D'après l'observation qui vient d'être rapportée, il est évident aussi que lorsque l'individu ne succombe que plusieurs jours après l'ingestion d'une assez forte dose de cette substance, le poison laisse des traces non équivoques d'une inflammation violente ; les chiens qu'on a fait périr par ce poison, ont succombé trop rapidement pour que l'inflammation ait eu le temps de se développer de manière à laisser des altérations durables après la mort.

3°. Les symptômes semblent démontrer, lorsque la mort a lieu très-promptement, que ce poison agit spécialement sur le système nerveux cérébro-spinal, ainsi que l'annoncent les convulsions générales et le trouble très-grand des fonctions circulatoires et respiratoires. En outre, tout porte à penser qu'il affaiblit directement la force contractile et l'irritabilité des muscles, car ils ont déjà cessé d'être irritables au moment où l'animal vient d'expirer. Cet effet est d'ailleurs en rapport avec l'affaiblissement général qu'on observe après chaque convulsion. Les efforts de vomissement qui ont lieu constamment, même après l'injection faite simplement dans le tissu cellulaire, prouvent que l'estomac est également influencé, soit directement, soit sympathiquement dans cet empoisonnement.

4°. Quand la mort est rapide, elle paraît résulter du ralentissement gradué, et enfin de la cessation complète des mouvemens du cœur et de la respiration, mouvemens qui sont intimement liés les uns aux autres ; mais lorsque la vie se continue quelque temps après l'ingestion du poison dans l'estomac, il semble, d'après ce qui précède, que la mort est la suite du développement d'une

inflammation très-intense de la membrane muqueuse gastro-intestinale.

Quant aux moyens de reconnaître cet empoisonnement, M. Ollivier rappelle, d'après M. Orfila, les caractères du cyanure de mercure qui sont les suivans : il est composé de cyanogène et de mercure ; il est sous formes de longs prismes quadrangulaires, coupés obliquement ; il est inodore, plus pesant que l'eau, et d'une saveur styptique. Chauffé dans un petit tube de verre, il se décompose, et fournit, entr'autres produits, du mercure métallique qui s'attache en grande partie aux parois du tube, du cyanogène et du charbon ; il se dissout très-bien dans l'eau froide. La dissolution n'est troublée ni par la potasse ni par l'ammoniaque. L'acide hydrosulfurique et les hydrosulfates le décomposent, et donnent naissance à du sulfure de mercure noir insoluble ; lorsqu'il est pur, le persulfate de fer ne l'altère point, mais s'il contient de l'hydrocyanate ferruré de potasse, il se colore sur le champ en bleu, et il se produit au bout de quelques minutes, un précipité de bleu de Prusse (1).

M. Ollivier fait remarquer qu'on pourra facilement distinguer, d'après ces caractères, le cyanure de mercure du sublimé corrosif, et spécialement : 1°. à la manière dont ils se comportent quand on les chauffe, le sublimé se volatilisant en entier ; 2°. à ce que la dissolution aqueuse du sublimé précipite en jaune par la potasse et en blanc par l'ammoniaque. Si le cyanure de mercure était mêlé à du vin, à du café ou à tout autre liquide coloré, on le séparerait au moyen de l'éther de la même manière qu'on le fait pour le sublimé corrosif.

---

(1) L'hydrocyanate ferruré de potasse, que l'on trouve quelquefois dans le cyanure de mercure du commerce, existait dans le bleu de Prusse avec lequel le cyanure a été préparé. (Orfila, *Leçons de Méd.-lég.*, Paris, 1825, page 89.)

Traitement. D'après l'exposé des symptômes qu'on observe dans cet empoisonnement, et le mode d'action du cyanure de mercure, on conçoit que la première indication à remplir est de procurer la prompte évacuation du poison, afin d'éviter son absorption et les accidens inflammatoires qu'il peut déterminer dans les voies digestives. On sollicitera donc le vomissement par l'injection répétée de l'eau tiède, ou en titillant la luette et l'arrière-gorge.

M. Ollivier termine en faisant remarquer qu'il est inutile d'administrer au malade de l'eau chargée de blanc d'œuf ou d'albumine, parce que cette substance n'a pas la propriété de décomposer le cyanure de mercure, comme cela a lieu pour le sublimé corrosif : si on l'emploie, on ne devra donc considérer le mélange que comme un liquide nauséeux et adoucissant. Quand les accidens persistent après les premières évacuations, on doit employer les moyens antiphlogistiques les plus énergiques, afin de s'opposer au développement d'une inflammation dont les suites peuvent devenir rapidement funestes.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Considérations historiques et médico-psychologiques sur le siège et l'origine des maladies mentales; par Jos. ÆGG, *D-M. de Wurtzbourg.* (*Heidelberg*, 1823.) II.me Partie.

La médecine mentale a été étudiée très-tard en Allemagne; et long-temps les essais tentés en ce genre n'ont donné que de faibles résultats. Toutefois on ne peut nier que depuis quelque temps cette branche de la science ait été cultivée avec un immense succès, et qu'elle semble

aujourd'hui beaucoup plus avancée dans ce pays que dans aucun autre.

Le premier qui se soit occupé des affections de l'âme est Greding, qui n'a donné à la vérité que quelques observations purement pratiques. Depuis, Weikard, sans consacrer un écrit spécial à l'histoire des maladies mentales, en traita cependant dans la troisième partie d'un ouvrage célèbre, où il donna une théorie nouvelle de ces affections, les divisant en deux classes, celles de l'ame et celles de la pensée, et leur assignant des causes physiques et des causes morales, précédées toujours d'une disposition organique vicieuse. Cette doctrine était fort remarquable sans doute pour le temps où elle parut, puisqu'alors nulle route n'était encore ouverte à la médecine mentale. On doit aussi distinguer les notes pleines de sagacité qu'a rédigées sur ce sujet Erhard, qui toutefois, n'écrivant point particulièrement dans ce but, se livra plutôt à des spéculations philosophiques qu'à une étude exacte des faits; aussi soigna-t-il de préférence la pathogénie de l'aliénation, et donna-t-il d'excellentes règles de diagnostic pour la folie, mais très-peu de vues vraiment pratiques. Langermann mérite plus d'attention. A la fin du dernier siècle, il fit paraître une dissertation sur la médecine mentale, où se trouvent réunies la théorie et la pratique. Les maladies mentales dérivent selon lui d'une double origine, et sont distinguées en idiopathiques et sympathiques; mais il ne considère point comme telles celles qui résultent d'une maladie physique antérieure. Voici la définition qu'il donne de l'aliénation: une maladie continue ou intermittente, consistant dans un état involontaire de trouble ou de privation des facultés de penser et de vouloir relativement à un seul objet, ou bien à tous en général avec augmentation ou diminution des facultés de sentir et d'imaginer. » Cette définition, comme on le voit, laisse de côté la question du sujet de

l'aliénation ; cependant il semble que Langermann incline à la placer toute entière dans l'ame, ainsi que le prouve la différence qu'il établit entre cette affection et les autres maladies. A une époque plus rapprochée, la médecine mentale s'enrichit encore des travaux de Reil. Ce fut en 1809 que cet homme illustre publia ses immortelles *rhapsodies.* Il examine la perception au moment où elle arrive au *sensorium commune* et vient s'y terminer; là elle se disperse, et alors l'attention peut être distraite ou bien fixée; d'où naissent deux espèces d'aliénations, dont la première, résultant de cette distraction de l'attention portée à l'excès, constitue la folie ; et l'autre, résultant de sa fixité prolongée, constitue la manie fixe. Le dernier degré de la perte de la raison, c'est la fureur; si, au contraire, l'énergie de l'âme s'évanouit, c'est la démence, laquelle est organique ou dynamique. » Du reste Reil définit l'aliénation d'après ses propres idées sur le cerveau et sur la vie nerveuse : « Un état déréglé de la vitalité cérébrale. » Vers le même temps Hoffbauer, dans un ouvrage très-remarquable sur l'aliénation mentale, en donne la définition suivante : « Un état dans lequel les fonctions des facultés de l'ame s'exécutent involontairement et contrairement aux lois de la nature. »

Du reste, ces facultés sont de deux sortes; puisqu'elles peuvent exister avec ou sans le corps humain, elles peuvent être lésées, soit isolément, soit dans leurs rapports réciproques. Haindorf, dans son ouvrage sur la pathologie et la thérapeutique des maladies mentales, suivit en général les doctrines de la philosophie moderne, et particulièrement celles de Wagner. Il distingue dans l'*ame* (*anima*, *Seele*), deux parties; les *facultés affectives* (*animus*, *Gemüth*) et l'*esprit* (*mens*, *Geist*). A cette dernière, il attribue la volonté. Ces deux principes se divisent eux-mêmes en quatre facultés, d'où dérivent quatre espèces de maladies. Cette doctrine obscure et embrouil-

lée s'appuie donc sur des divisions purement arbitraires, sur des dénominations de facultés imaginaires.

Une grande attention est due, au contraire, à la dissertation inaugurale de Sandtmann, dissertation où se trouve exposée la doctrine de Horn, si célèbre en Allemagne, où elle a fondé une sorte d'école particulière, et que depuis Heinroth lui-même a recommandée comme la meilleure et la plus utile de toutes. « Dans l'état de santé, les facultés de l'âme s'exercent avec harmonie; cette harmonie consiste surtout dans une conscience parfaite de soi-même, dans un état parfait de la perception des impressions externes, de la mémoire de ces impressions, de la comparaison de ces impressions; d'où dérive justesse de la pensée, du jugement et de la volonté; cette harmonie peut être troublée, ces facultés être diminuées jusqu'à un certain point; et alors on peut dire qu'il y a maladie mentale. Quant au siége de cette maladie, il est évident qu'elle réside comme l'ame elle-même dans le cerveau; cependant telle est la nature de l'affection cérébrale, que rarement, du moins pendant la vie du malade, nous pouvons, à l'aide de nos sens, nous en rendre compte réellement. Selon toute apparence, la cause prochaine de l'aliénation existe dans le cerveau, ou plutôt dans ce fluide qu'on peut appeler le *fluide nerveux impondérable*, qui, répandu dans tout le système nerveux, et spécialement dans l'encéphale, nous apparaît comme une nature intelligente et libre, et que l'on appelle l'*ame.* » Telle est cette fameuse doctrine de Horn et de Sandtmann sur l'aliénation,

Jos. Frank, fils du célèbre P. Frank, a traité aussi de cette affection dans son ouvrage de médecine pratique; il la range parmi les maladies du système nerveux, et la définit ainsi : « Une maladie chronique, consistant dans la privation de la raison relativement à un ou plusieurs objets, d'où impossibilité absolue pour les malades de

vaquer à leurs affaires et de demeurer dans la société commune. » J. Frank en place le siége dans le cerveau; quant aux causes prochaines, voici ce qu'il en dit. « Nous ne nous engagerons dans aucune hypothèse sur la nature intime de l'aliénation, et nous la considérerons simplement comme un genre de maladie qui ne diffère point absolument des autres maladies cérébrales; et ce qui prouve à nos yeux la vérité de cette assertion, c'est qu'on voit tous les jours la folie naître de l'encéphalite, de l'apoplexie; c'est que tous les jours on la voit marcher de compagnie avec la paralysie, l'épilepsie; c'est qu'enfin on la voit tous les jours engendrer elle-même diverses autres affections morbides. » Ainsi donc, *post hoc*, *ergò propter hoc;* voilà tout le raisonnement de Jos. Frank; et l'on voit déjà combien d'objections on peut lui faire.

Heinroth, connu déjà dès 1811 par sa thèse inaugurale sur les maladies de l'ame, donna en 1816 une théorie nouvelle de ces affections; ouvrage digne des plus grands éloges, et où l'auteur a déployé une force d'esprit égale aux difficultés immenses de son sujet. On peut dire, en un mot, qu'il a mérité par là le titre de réformateur de la médecine mentale. Le corps et l'âme ne font qu'un; telle est la première proposition sur laquelle s'appuient les raisonnemens. L'homme est libre par sa nature même, seconde proposition. Ainsi donc, deux faits fondamentaux; fait d'unité, fait de liberté. Mais n'y a-t-il pas en cela même une évidente contradiction dans cette doctrine? Le corps et l'ame ne sont qu'un, dit Heinroth; l'ame n'est autre chose que le corps intérieur; et toutefois le corps extérieur est passif dans toutes ses fonctions; il obéit aux lois de la nature; mais comment alors l'ame peut-elle être réellement libre? Il est encore une autre proposition de psycologie médicale, dont la vérité serait de la plus haute importance, et qui ne nous semble point reposer sur des argumens bien solides. Nous allons

la transcrire ici mot pour mot. « L'ame est une activité vitale intérieure, qui, semblable à toutes les activités que nous fait connaître l'observation, peut être exaltée ou affaiblie, ou qui, au lieu de se manifester par des actes extérieurs, peut rester en quelque sorte retirée spasmodiquement en elle-même. »

De cette proposition se déduisent les divers caractères des désordres de l'ame, et la division de ces désordres en trois classes, relativement à leur origine : la première résultant de l'état d'exaltation, la seconde de l'état d'affaiblissement, la troisième de ces deux états en même temps. Qui ne reconnaît ici la doctrine de Brown appliquée aux maladies mentales? D'ailleurs l'ame n'est-elle point en général source de toute action? Et comment la supposez-vous passible d'exaltation ou d'affaiblissement, si ce n'est en lui substituant ce *substratum* matériel avec lequel elle a des connexions intimes? Quoi de plus simple, dira-t-on avec Heinroth, le corps et l'ame ne sont qu'un. Mais qui l'a dit? C'est votre doctrine. Et où en est la preuve? Sur quoi appuyez-vous toute cette théorie de la liberté morale, de l'immortalité? Voilà d'abord ce qu'il faudrait établir sur des preuves incontestables.

Selon cet auteur, l'aliénation mentale se produit sous l'influence de causes qu'il nomme avec plus de raison les *élémens de cette maladie*. Ces élémens, souvent faibles ou même sans action, une fois que l'ame a été troublée dans ses fonctions, deviennent bientôt des causes continuelles de rechute, qu'elles déterminent aux moindres occasions. Cette idée est très-grave dans ses conséquences : car combien est triste dès-lors le sort des malheureux aliénés, dont la guérison n'est plus, pour ainsi dire, que momentanée, et dont la raison se brise au moindre choc! Quant à l'origine de l'aliénation, il l'explique par une loi de génération assez singulière. L'âme (seele) est la mère, le mal (das bose) est le père, l'amour produit leur

union, et cet amour, c'est le penchant naturel de l'ame vers le mal. Ainsi donc l'origine des désordres de l'esprit se produit de l'association de trois élémens distincts; l'ame, le mal et l'amour, ou penchant de l'ame vers le mal. Voici la définition de l'aliénation mentale. « C'est, dit-il, une non liberté permanente et une absence de la raison, dont la lésion peut alors coexister avec les apparences de la santé physique. C'est un état de maladie qui embrasse à la fois le triple domaine de l'esprit, de la volonté et des facultés affectives. »

Mais dans cette définition, comme dans toutes les autres parties de sa doctrine, Heinroth nous semble avoir dépassé les limites de la nature humaine. L'homme dont l'esprit est aliéné sort à ses yeux de la classe des hommes; c'est moins un animal qu'une machine obéissant passivement aux lois de nécessité qui régissent l'organisation vivante. A quel état d'avilissement ne fait-il pas descendre ces malheureux? Et comment après cela, peut-il encore être question de traitement et de guérison? Arrêtons-nous là: si nous allions plus loin, il nous faudrait arriver à l'idée révoltante, mais inévitable, de la mort totale de l'âme.

Le vrai caractère des affections mentales consiste, suivant Hartmann, dans la faiblesse ou le trouble de l'intelligence, et dans l'irrégularité des déterminations volontaires et des actes extérieurs. La liberté, qui n'est autre chose que la puissance de développement des facultés de l'âme, se trouve alors comprimée, étouffée par suite de l'état morbide des organes qui concourent à l'acte de la pensée. La raison de tous ces phénomènes caractéristiques de la lésion de l'âme existe donc, non pas dans l'intelligence elle-même, mais bien dans les organes de perception dont les fonctions s'exécutent irrégulièrement. Mais ces organes intellectuels alors malades, où sont-ils, sinon dans le cerveau?

On trouve encore dans la thèse inaugurale de Fr. Frank, sur le siége et les causes de la vésanie, de nombreux et solides argumens en faveur de l'opinion qui attribue au corps l'origine de la vésanie. Néanmoins nous ne croyons pas exempte de reproches sa définition de la vésanie. « C'est, dit-il, un état désordonné dans lequel l'homme cesse d'avoir conscience, et d'être apte à diriger ses facultés. » Par cette définition, il prétend établir une ligne de démarcation bien tranchée entre l'état de vésanie et l'état de dépravation morale. Quant au siége, ce n'est point dans l'ame, ajoute-t-il, qu'il faut le chercher. Car, quel est le raisonnement de ceux qui attribuent la vésanie à l'ame? « Un être libre ne peut être privé de sa liberté par aucune force étrangère, sans quoi il ne serait pas réellement libre : l'ame est un être libre; donc l'influence du corps ne peut détruire sa liberté. » Mais ne suit-il pas de ce raisonnement que toute aliénation mentale devrait être recherchée dans l'ame seule? Voici, au contraire, un raisonnement qui mènera à des conclusions tout opposées « Un être libre ne peut perdre sa faculté de liberté par aucun acte d'exercice de cette liberté même, ni par aucune influence étrangère : l'âme est un être libre; donc elle ne peut elle-même renoncer à sa liberté. « Jusqu'à quel point ce syllogisme détruit-il le précédent? Nous ne voulons pas l'examiner. Toutefois nous rapporterons encore la proposition suivante : « Le cerveau est l'organe de l'âme; et aucune perception ne peut avoir lieu si elle n'est provoquée par une action simultanée du cerveau. » D'où il résulte que l'abus même le plus prolongé des forces de l'ame ne peut dégénérer en une véritable maladie mentale, s'il n'a produit un état physique qui détermine lui-même cette maladie.

Dans ces derniers temps Vering a publié à ce sujet un écrit volumineux, qui n'est qu'une pure compilation de tous les auteurs actuellement existans. Rien de neuf dans

cet ouvrage; la question n'est pas véritablement traitée; il a répété ce qui avait été dit avant lui sur les causes prochaines de l'aliénation; et quant au siége, il le place à la base du crâne, sans appuyer cette opinion sur aucune raison suffisante. Passons à Neumann, le premier peut-être de tous les auteurs qui ont écrit sur cette matière, et celui qui a le plus contribué à fixer la théorie des affections mentales dans un ouvrage aussi remarquable par la force et la profondeur des raisonnemens, que par la science et l'habileté de la pratique. La nature ou la cause prochaine des maladies mentales consiste, selon lui, dans la lésion des conditions organiques des facultés représentatives; toutefois, dit-il, la connaissance de ces conditions échappe à la faiblesse de notre raison. Il définit l'aliénation: « Un trouble des facultés représentatives, qui se manifeste dans les paroles et les actions de l'individu affecté, et qui ne résulte d'aucun trouble précédent ou simultané de la vie végétative. » Cependant il divise en trois classes les maladies mentales; les unes *sympathiques*, les autres *symptomatiques*, d'autres enfin *idiopathiques;* et cette troisième classe mérite seule le nom d'*aliénation*, de *maladie de l'âme;* à elle seule peut s'appliquer la définition donnée précédemment. La nature de cette maladie ne pourra être exposée d'une manière convenable que du jour où l'on connaîtra les conditions organiques nécessaires au développement de la faculté représentative; enfin, le cerveau n'est pas seulement un organe de la vie végétative, mais encore un organe de représentation, et par suite le siége des maladies de l'âme; mais comment a lieu cette représentation? comment se dérange-t-elle? C'est ce qu'on ignore. Cette doctrine sans doute est loin d'être parfaite; elle ne décide point la question; mais elle montre la route qu'il faut suivre, pour parvenir à éclaircir un fait aussi obscur sans se perdre dans le vague des hypothèses.

Vers le même temps Jacobi publia ses collections de médecine mentale, dont la première partie traite de divers sujets. L'exercice des facultés intellectuelles et affectives est, dit-il, un état fixe et régulier de l'organisation physique, et tout changement survenu dans cette vie intellectuelle et affective correspond à un changement survenu dans la vie organique, à laquelle est unie notre nature humaine. Le corps est-il malade? la liberté morale, la raison sont enchaînées. Du reste, Jacobi attaque avec violence l'opinion généralement reçue, que le cerveau est le siége de la maladie. Il assure que d'autres organes peuvent en recéler la cause ; soit qu'elle dépende de quelque lésion dans leur structure, soit qu'elle résulte de l'altération de leurs fonctions ; en effet, ajoute-t-il, supposez à un aliéné la tête la mieux organisée, il n'y gagnera pas la moindre lucidité dans les idées. Mais n'y a-t-il point ici une véritable erreur de la part de Jacobi, qui confond la cause éloignée avec la cause prochaine? Certes, on ne saurait nier les rapports sympathiques du cerveau avec les autres organes, et l'influence qu'exercent ceux-ci sur sa vitalité ; mais il faut aussi convenir que jamais n'aura lieu l'aliénation mentale, s'il n'existe primitivement une disposition du cerveau à la vésanie, ou bien une organisation particulière du système cérébral. Combien s'observent d'affections parfaitement semblables dans les autres organes, sans qu'il y ait pour cela vésanie?

Cette action prolongée des organes sur le cerveau n'est donc réellement qu'une cause déterminante qui vient développer une disposition de l'âme préexistante à cette action.

Enfin il nous reste à parler en dernier lieu des travaux de Nasse, dont l'ouvrage fut publié en 1818, et obtint alors un succès mérité. Il fait dépendre toute aliénation de l'état morbide du corps, et nie toute espèce de ma-

ladie idiopathique de l'âme. Tous les écrivains furent invités par lui à soutenir ou à attaquer son opinion; de part et d'autre brillèrent les talens les plus distingués; d'un côté, Nasse vit ses idées soutenues par des philosophes célèbres, et entr'autres par Weiss et Bencke. Toutefois, ce dernier surtout, bien que remarquable par l'étendue et la profondeur de ses vues philosophiques, nous semble trop manquer des connaissances médicales nécessaires dans une telle discussion; de l'autre côté, combattirent avec une même ardeur et un mérite égal, Heinroth et Hoffbauer, dont nous avons déjà parlé plus haut. Cependant la question est-elle décidée ? Nous ne le pensons point.

Maintenant si nous reportons nos regards sur cet ensemble de systèmes qui ont agité les temps anciens et les temps modernes relativement à l'aliénation mentale; si nous faisons abstraction des diverses doctrines médicales et philosophiques qui ont influé sur cette partie de la science, nous voyons que tant d'innombrables théories, élevées avec tant de peine et de travail, ont, en dernier résultat, laissé en regard trois opinions bien distinctes, dont les caractères sont parfaitement tranchés, et auxquelles peuvent se réduire toutes les autres :

1.° Le siége des maladies mentales est dans le corps; dans le corps est leur origine; dans le corps existent les causes de leur développement; et par suite, ces maladies ne diffèrent en rien des autres maladies qui affectent le corps humain. Cette opinion, avancée d'abord par les anciens, par les Grecs, les Romains et les Arabes, a été depuis professée en France, en Italie, en Angleterre, mais très-peu en Allemagne.

2.° L'âme est le foyer unique de ces maladies, et tous les troubles que nous voyons survenir dans l'organisation, au lieu d'être des causes efficientes de l'aliénation, ne sont, au contraire, que des effets du désordre de

l'âme, ou du moins existent indépendamment de ce désordre. Cette seconde opinion est celle d'Heinroth en Allemagne, d'Harper en Angleterre, et de Beausobre en France.

3.° Enfin, les affections mentales ont leur source, tantôt dans le corps, tantôt dans l'âme. Cependant elles ne peuvent se développer sans qu'il existe précédemment un état morbide particulier de l'organisme : de même aucune cause physique ou morale ne peut les produire sans une disposition morbide des organes de l'âme. Cette dernière doctrine a toujours compté un nombre infini de partisans, qui néanmoins diffèrent entr'eux de sentiment sur le siége propre de l'aliénation ; les uns le plaçant dans le cerveau, les autres dans différens organes du corps.

Nous pensons que ni le cerveau seul, ni l'âme seule, ne contiennent les causes de l'aliénation mentale. L'aliénation ne peut exister si le cerveau est parfaitement sain : et de même, les maladies du cerveau ne sont point une cause suffisante d'aliénation, s'il ne s'y joint un désordre quelconque dans les facultés de l'âme.

EXTRAITS DIVERS.

Invagination des intestins guérie par l'opération. — Le docteur Fuchsius a inséré dans le *Journ. der practischen Heilkunde*, février 1825, l'observation suivante : Un jeune homme, âgé de 28 ans, ressentit tout à coup, pendant qu'il travaillait à faire des fagots, un tiraillement douloureux à la partie supérieure droite de la région ombilicale. Bientôt la vivacité des douleurs obligea le malade à quitter son ouvrage pour revenir chez lui. Chaque pas, chaque mouvement était une nouvelle cause de souffrances. Un vomissement qui survint spontanément fut suivi d'un soulagement momentané. Le malade fut à la selle, et crut sentir que les matières contenues dans le

dernier intestin étaient seules évacuées. Bientôt des coliques atroces, qui duraient de 20 à 30 minutes, se reproduisirent à de courts intervalles. Une saignée fut suivie d'un soulagement qui ne se soutint pas; beaucoup de gaz étaient rendus par en haut; le ventre n'était ni tendu ni chaud; la température de la peau était naturelle, le pouls souple et développé. (*Poudre de Dover, pot. antispasm. opiacée, frictions sur le ventre avec le linim. camphré, bains tièdes, lavemens laxatifs.*) Quatre jours se passèrent sans que l'état du malade fût amélioré. Le ventre était alors douloureux dans toute son étendue, mais principalement autour de l'ombilic, un peu à droite et en haut vers le point de réunion des portions ascendante et transverse du colon. Ici l'on sentait une tumeur dure, dont l'étendue ne pouvait pas être bien appréciée, et qui paraissait due à la distension inégale de l'intestin. Il n'y avait eu ni vomissement ni selle depuis ceux du commencement de la maladie. (*Saignées générales et locales, boissons laxatives.*) La constipation persista; les forces diminuaient, mais non les douleurs, lorsque M. Fuchsius, retrouvant toujours la tumeur dans le point que nous avons indiqué, fut de plus en plus frappé de l'idée qu'une lésion physique existait dans les intestins, et donnait lieu à tous les accidens qui se succédaient. Autorisé par l'exemple de plusieurs praticiens distingués, et après s'être assuré, autant que la chose se peut, de la nature du désordre qu'il avait à combattre, ce médecin se décida à recourir au seul moyen thérapeutique qui offrit au malade quelque chance de salut, savoir à l'instrument tranchant. En conséquence, il incisa les parois abdominales dans leur partie correspondante à la tumeur; parvenu au péritoine il fit à cette poche une petite ouverture par laquelle il introduisit le doigt indicateur de la main gauche, puis sur la face palmaire de celui-ci un bistouri boutonné. Après avoir suffisamment débridé, l'opérateur porta dans

l'abdomen sa main enduite d'huile, saisit la portion d'intestin tuméfiée, l'attira au-dehors, et reconnut une invagination intestinale. Ne pouvant atteindre le point où commençait l'intussusception, M. Fuchsius pratiqua une ouverture sur le point du canal où se terminait celle-ci, et parvint à dégager toute la portion invaginée, c'est-à-dire deux pieds d'intestins. La plaie de ce dernier et celle de l'abdomen furent réunies par des sutures, et le malade guérit parfaitement dans l'espace de 14 jours. Il jouit depuis lors d'une parfaite santé. (*Extrait du Bullet. des Sciences méd.*)

Exemple de superfétation; par les docteurs Norton et Stearns (1). — Le 20 octobre 1823, le docteur Norton fut appelé près de Marie Jonhson, négresse, âgée de 24 ans, d'une constitution robuste, et qui depuis deux heures était dans les douleurs de l'accouchement. Elle ne tarda pas à accoucher naturellement d'un enfant *complètement noir* (2), dont le développement annonçait qu'il n'était qu'au huitième mois de la conception; circonstance qui se trouvait d'ailleurs en rapport avec les calculs de la mère. Cet enfant ne vécut que deux heures. Au bout de quelque temps, le docteur Norton voulut, pour terminer la délivrance, introduire sa main dans l'utérus, mais il en trouva l'orifice tellement contracté, qu'il ne pût y faire pénétrer ses doigts. Six heures s'étant écoulées sans apporter aucun changement, le docteur Stearns fut appelé en consultation; il conseilla l'emploi du seigle ergoté, qui ne tarda pas à produire les effets qu'il détermine habituellement. Il sortit d'abord une grande quantité d'eau, qui fut suivie de l'expulsion d'un fœtus de quatre mois

(1) *The London review*, N.° 16.

(2) Cette assertion n'est pas probablement tout-à-fait exacte, puisqu'on sait que la couleur qui commence à se manifester, il est vrai, dès que l'enfant respire, n'est étendue sur tout le corps que le septième jour après la naissance. (*Note du R.*)

entièrement blanc, dont le cordon était séparé, et qui donna quelques légers signes de vie. Le placenta fut extrait peu de temps après, et cette femme fut promptement rétablie. Ces deux fœtus, qui ont été conservés par le docteur Norton, ont été examinés par les médecins de New-York, qui ont tous reconnu la différence de couleur, de grandeur, et de développement qui indiquait positivement une différence de quatre mois au moins entre la conception de l'un et de l'autre.

L'auteur de l'observation paraît insister surtout sur la différence de couleur, comme preuve que cette femme avait cohabité avec un noir et un blanc à deux époques différentes; mais il nous semble que le développement des deux fœtus est une circonstance plus remarquable, et qui vient plus à l'appui de la superfétation que la couleur, qui est d'autant moins marquée chez le négrillon qu'on l'examine à une époque plus rapprochée de la conception. Y aurait-il eu ici quelque vice de conformation de l'utérus?

Gangrène du cœur; observation recueillie par le docteur Kennedy de Glascow (1). — Une dame, encore jeune, vint consulter le docteur Kennedy dans le mois de juillet 1823 pour une affection de l'utérus qui existait depuis trois ans, et qui était accompagnée de strangurie, d'écoulement fétide par le vagin, d'imminence de syncope, et surtout d'une transpiration tellement abondante qu'elle avait anéanti les forces de la malade, qui était devenue triste et mélancolique. Cette sueur était fétide, et colorait souvent le linge d'un rouge sanguinolent et pâle dans les régions dorsale et lombaire. Cette exhalation était toujours suivie d'un état d'épuisement, et de mouvemens nerveux irréguliers. Un régime doux et nourrissant avait ramené le calme depuis quelques mois,

(1) *The London medical Repository*, N.° 124.

lorsque le 4 novembre (même année) après être restée exposée au froid et à l'humidité, et s'être beaucoup fatiguée, elle fut prise le 6, de douleurs aiguës dans tout le corps, avec frisson, et sentiment d'épuisement et d'inquiétude vague. Le 8 novembre, on prescrit une saignée du bras de 20 onces, et quelques purgatifs doux qui calmèrent ces accidens; mais il se manifesta une douleur vive dans la région du foie, qui ne disparut point par l'application d'un large vésicatoire. Le 9, exacerbation des accidens. Le 10, nouvelle saignée, lavement; nul changement. Le 11, l'affaiblissement augmente graduellement, et la malade succombe.

Les battemens du pouls qui avaient été dans le commencement petits, durs, irréguliers, devinrent ensuite faibles, fréquens, intermittens. Long-temps avant la mort, ils étaient devenus insensibles; la malade éprouvait souvent les accidens précurseurs de la syncope sans cependant perdre connaissance. Une chaleur brûlante existait dans toute la poitrine. A gauche, cette sensation était très-douloureuse. Pendant les quatre derniers jours, la malade ressentit des douleurs lancinantes qui se portaient des membres supérieurs aux épaules, descendaient le long de la colonne vertébrale, et se fixaient dans la partie gauche du thorax; après la dernière émission sanguine, elles s'étaient portées dans l'hypochondre droit. Il survenait des resserremens de poitrine et des accès d'orthopnée. Les palpitations du cœur avaient dès-lors augmenté successivement de force et de fréquence, puis elles avaient successivement diminué d'intensité à mesure que l'affaiblissement de la malade augmentait, en devenant plus intermittentes et plus irrégulières. Les membres supérieurs et inférieurs devinrent graduellement œdémateux, surtout ceux du côté gauche dont les mouvemens de flexion furent accompagnés d'une douleur aiguë les trois derniers jours. Quelques taches livides se

dessinaient à leur surface ; enfin la malade mourut après avoir été plusieurs heures dans un état comateux profond.

Ouverture du cadavre, faite huit heures après la mort. — Quelques taches noires dans l'épaisseur de l'épiploon, vaisseaux mésentériques gorgés de sang : plaques inflammatoires disséminées dans les intestins, qui dans quelques points sont gangrenés ; utérus double de son volume ordinaire, son fond est mou et de couleur livide ; les autres organes sains ; vingt onces de sérosité trouble dans les cavités du thorax et quatre onces dans le péricarde dont toute la face interne est couverte de réseaux vasculaires d'un rouge obscur. Le tissu du cœur offre à l'extérieur et à l'intérieur tous les caractères de l'inflammation gangréneuse : il est excessivement flasque et d'une couleur plus foncée que ne l'est le sang veineux coagulé. On peut le traverser très-facilement avec le doigt dans toutes les directions. Ainsi déchiré, ce tissu laisse exhaler une odeur gangréneuse ; il ne s'écoule pas de sang de ses vaisseaux ainsi rompus. Le ventricule gauche offrait plus particulièrement cette désorganisation. En le dilacérant, on sentait une odeur excessivement fétide, semblable à celle qui se dégage des matières animales en putréfaction. Toutes les cavités de ce viscère étaient vides de sang, mais toutes les grosses veines et spécialement celles de l'abdomen étaient remplies d'un sang grumeleux. Les poumons, quoique remplis de sang, n'offraient pas d'altération appréciable. L'intérieur du cadavre présentait des plaques de grandeur variable, d'une couleur rouge obscure, et quelques-unes offraient tous les caractères des parties soumises à une décomposition putride.

Cette observation présente tous les symptômes d'une cardite aiguë terminée par gangrène, et si l'on considère combien les traces d'altération du péricarde étaient légères, comparativement à celles du cœur, on est porté à

admettre que ce dernier organe fut la première et principale cause des phénomènes qui se sont terminés par la mort.

Guérison d'une rage communiquée. (1) — Le professeur Rossi a exposé dans un rapport très-circonstancié fait à l'Académie royale des sciences de Turin, l'histoire d'un jeune homme qui fut mordu profondément au poignet gauche, par un chien qui fut tué au bout de quelques jours, après avoir éprouvé tous les symptômes de la rage. Les conclusions qui suivent l'observation qui a été recueillie par le docteur Castagno Felice, suffiront pour en faire connaître les circonstances les plus intéressantes, qui méritent de fixer l'attention des médecins; 1.° nonobstant l'étendue et la profondeur de la cautérisation des blessures du poignet, qui fut faite vingt-six jours après la morsure, et malgré l'usage intérieur du vinaigre, de la décoction de genêt (*genista tinctoria*), tous les prodrômes de l'hydrophobie se déclarèrent chez l'individu qui avait été mordu, environ quarante-huit jours après l'accident, c'est-à-dire, vingt et un jours après la cautérisation; 2.° à la première apparition des prodrômes de l'hydrophobie, on remarqua que la glande sublinguale gauche, correspondante au membre qui avait été mordu, était beaucoup plus gonflée que celle du côté opposé; 3.° il a suffi de la cautérisation des deux glandes sublinguales pour faire disparaître tous les prodrômes de l'hydrophobie, sans qu'on eût renouvelé celles des morsures; 4.° du 11 décembre 1824, au 2 mars 1825, l'individu mordu a joui d'une parfaite santé, il a repris ses occupations habituelles et sa gaité naturelle; 5.° enfin, le docteur Castagno Felice fait observer que, pour être plus certain de traverser le centre de la glande avec le fer

(1) *Annali univers. di med. di Annibal Omodei*, juin 1825.

rouge, il est nécessaire d'en répéter deux fois l'application.

Existence des lysses chez un chien mort enragé; observation recueillie par Antonio Soarès, médecin vétérinaire (1). — Un chien âgé de deux ans, de moyenne stature, éprouva tous les symptômes de la rage, dix jours après avoir été mordu par un chien inconnu; il fut conduit à l'école vétérinaire où on l'observa jusqu'à la fin, et on put constater qu'il succomba avec tous les accidens qui caractérisent la rage. A l'ouverture du cadavre, on trouva sur la partie latérale gauche du frein de la langue, une vésicule ovale, alongée, se terminant en pointe antérieurement, s'étendant postérieurement jusqu'au niveau de la première dent molaire; elle était longue de deux centimètres, large d'un demi-centimètre, et ressemblait à un grain d'orge. Son extrémité postérieure présentait une petite ouverture analogue à celle d'un follicule dilaté. Le liquide contenu dans cette vésicule était jaunâtre et de consistance moyenne. Plus en arrière il y avait deux petites ulcérations superficielles recouvertes d'un léger enduit d'un blanc laiteux. Les parois du pharynx étaient rouges, la membrane muqueuse de l'estomac enflammée, particulièrement à droite; elle était pointillée de rouge, échymosée dans quelques endroits, et ulcérée dans quelques-uns. Les autres organes de l'abdomen et ceux du thorax sains. La substance du cerveau était un peu molle et d'une couleur plus foncée que dans l'état ordinaire. Celle de la moelle épinière était bien plus sensiblement ramollie; ses enveloppes étaient en même temps rouges et injectées çà et là.

Ossification du tissu de la rate (1). — Cette altération est assez rare pour que nous ayons cru consigner ici le fait suivant.

---

(1) *Annali universali di med. di Annibal Omodei*, juin 1825.
(2) *Rust's Magazin für die gesam.* Heilkunde XVII B. 1. H.

Un individu qui avait toujours joui d'une parfaite santé, se noya. A l'autopsie on trouva toute la rate convertie en un tissu très-manifestement osseux. Après avoir enlevé le périoste qui le recouvrait, on put examiner cet os qui était blanc et léger. Les vaisseaux courts le traversaient sans que leurs parois eussent subi la moindre altération analogue. Ce tissu osseux était entièrement celluleux, spongieux, et l'on observait dans son centre une petite masse charnue, qui paraissait être le reste de la rate.

Grossesse utérine qui dure depuis plus de trois années; par le docteur G. I. Penker (1). — Une femme âgée de 27 ans, d'une faible constitution, et très-maigre, éprouva dans le mois d'octobre 1820, tous les symptômes d'un commencement de grossesse. Vers le milieu du cinquième mois, les mouvemens de l'enfant devinrent manifestes, et à la fin du neuvième mois, elle ressentit les douleurs qui ont habituellement lieu lors de l'accouchement. Cependant l'orifice de l'utérus ne se dilata pas, quoique l'accoucheur pût sentir à travers cette ouverture la tête de l'enfant. Comme les forces s'affaiblissaient à mesure que les douleurs se prolongeaient davantage sans amener aucun changement dans l'état de l'utérus, on administra de légers stimulans, mais inutilement; et au bout de six semaines, les douleurs étaient complètement dissipées, et cette dame put reprendre ses occupations habituelles. Peu de jours après l'apparition des premières douleurs, les mouvemens de l'enfant étaient devenus successivement plus faibles, et enfin avaient cessé tout à fait. Insensiblement le ventre perdit de son ampleur, et le fœtus sembla s'être tourné du côté gauche de l'abdomen. Les menstrues parurent le dixième mois, et continuèrent d'avoir lieu régulièrement les mois suivans. En décembre 1821, le docteur Penker appelé en consultation proposa de terminer *l'accouchement par force*, mais

(1) *Allgem. medizin. Annal.*, septembre 1824.

son avis ne fut pas adopté : jusque-là la situation de cette dame était toujours restée la même. Dans le mois d'octobre 1822, une nouvelle exploration fit reconnaître à ce chirurgien que l'orifice de l'utérus était situé au-dessus de la symphyse du pubis, incliné obliquement à droite, que le fond de cet organe était à gauche, que sa paroi postérieure réduite à l'épaisseur d'une double feuille de papier par la pression que la tête du fœtus exerçait contre elle, était descendue profondément dans le petit bassin, de telle sorte qu'elle n'était plus qu'à un pouce et demi de l'entrée du vagin. L'utérus paraît avoir perdu sa sensibilité. On distingue très-manifestement, à travers les parois abdominales, le dos et les pieds du fœtus. Enfin, le 13 mars 1823, les choses étaient toujours dans le même état, et cette dame refusait de même de se soumettre à un accouchement forcé.

Nous ferons connaître à nos lecteurs la fin de cette observation aussitôt qu'elle aura été publiée, ce que promet de faire le docteur Penker.

VARIÉTÉS.

Académie royale de Médecine (Août.)

ACADÉMIE RÉUNIE. — *Séance du 2 août.* — Lettre du Ministre qui consulte l'Académie sur l'opportunité d'une demande faite par MM. Costa, Lassis et Laserre, de se soumettre dans le lazareth de Marseille à diverses épreuves propres à prouver que la fièvre jaune et la peste ne sont pas des maladies contagieuses. Ces médecins particulièrement proposent de se revêtir de vêtemens qui auront servi à des individus affectés de ces maladies. Trois autres médecins, membres de la Société de Médecine de Marseille, demandent à subir les mêmes épreuves. L'Académie nomme une commission de douze de ses membres, pour préparer la réponse qui doit être faite au Ministre.

Rhubarbe indigène. — Rapport de MM. Bousquet et Caventou, sur

la question de savoir si la rhubarbe cultivée dans les départemens de la Seine, de l'Isère et du Morbihan, peut être sans inconvénient substituée dans les préparations pharmaceutiques à la rhubarbe exotique. Les rapporteurs ont successivement interrogé les caractères physiques et botaniques, l'analyse chimique des deux rhubarbes, et l'observation clinique. 1.° La rhubarbe indigène cultivée en France, est le *rheum palmatum*. On y a bien cultivé aussi les *rheum compactum*, *undulatum* et *rhaponticum*; mais la supériorité de la première variété y a fait négliger celles-ci : or, dejà ces plantes sont toutes de la même espèce que celle d'où proviennent les rhubarbes de Chine et de Moscovie. Cependant il y a quelques différences dans la culture et les propriétés physiques : tandis que la rhubarbe exotique se recueille sans culture, après sept à huit ans de vie de la plante; l'indigène exige un sol humide et bien exposé, un labour d'hiver, et deux ou trois binages d'été : en outre, tandis que la rhubarbe exotique a une couleur plus prononcée, une odeur plus forte, une saveur franchement aromatique et amarescente, la rhubarbe de France a une saveur plus mucilagineuse et plus herbacée, et évidemment a un degré d'élaboration moindre. 2.° Des analyses chimiques faites, par M. Henry d'abord, puis par M. Caventou, ont fait voir que, tandis que cent parties de rhubarbe de Chine contiennent 74 parties de principes solubles dans l'eau et l'alcohol, une semblable quantité de *rheum palmatum* n'en fournit que 64, de *rheum compactum* que 50, de *rheum undulatum* que 32, et de *rheum rhaponticum* que 30. Ainsi, le *rheum palmatum* serait la plus active des rhubarbes indigènes, mais serait un peu inférieure à la rhubarbe exotique. Cependant il est bon de noter qu'on n'a opéré que sur des racines indigènes qui avaient au plus quatre ans, tandis que la rhubarbe exotique que fournit le commerce provient de racines qui ont au moins sept à huit ans; il serait possible dès-lors, disent les rapporteurs, qu'avec l'âge la rhubarbe indigène devînt plus riche en principes actifs. 3.° Enfin, dix-sept essais cliniques faits par M. le docteur Geoffroy à l'Hôtel-Dieu, trois semblables faits par M. Itard à l'Institut des Sourds et Muets, et sept exécutés par M. Ribes, ont prouvé que la rhubarbe indigène était purgative. Les rapporteurs concluent donc que la rhubarbe indigène peut, dans les préparations pharmaceutiques, être substituée à l'exotique, pourvu qu'on ait soin de la donner à une dose d'un quart plus forte. Quelques membres combattent ces conclusions. M. Bosc dit que la culture de la rhubarbe indigène, tentée à plusieurs reprises en France depuis trente ans, a toujours été abandonnée, parce que le cultivateur ne peut recouvrer ses frais, que cette rhubarbe d'ailleurs ne peut rester plus de trois ans en terre, se pourrissant dans son centre au-delà de ce terme, ce qui ôte tout espoir qu'elle acquière jamais le degré d'énergie de la rhubarbe exotique; parce qu'enfin il est fort difficile de la réduire en poudre. M. Boulay craint que l'introduction dans la pharmacie d'une rhubarbe évidemment inférieure à celle qu'on y emploie aujourd'hui, n'ait pour résultat de

faire fournir souvent et au détriment des malades, de la rhubarbe indigène pour de la rhubarbe exotique. M. Marc, sans combattre les conclusions du rapport, élève des doutes sur l'analogie botanique du *rheum palmatum* et de la rhubarbe de Chine, attendu que, d'après Rheymann, on ne connait pas encore l'espèce de plante d'où provient la rhubarbe exotique. Malgré ces oppositions, l'Académie adopte le rapport.

Sur l'anatomie pathologique du cheval. — M. Andral fils, secrétaire de la commission d'anatomie pathologique, commence, au nom de cette commission, la lecture d'un rapport relatif aux altérations qu'ont présentées les cadavres de 70 chevaux, que cette commission a examinés dans le cours des mois d'avril, mai et juin, à la voirie de Montfaucon. Après quelques sages réflexions sur l'utilité de l'association de l'anatomie pathologique de l'homme et de celle des animaux, M. Andral annonce qu'il exposera successivement les lésions qui ont été trouvées dans les appareils digestif, circulatoire, respiratoire, dans les différens appareils de sécrétion, le système nerveux et ses dépendances, l'appareil locomoteur, et enfin l'appareil générateur mâle et femelle. La partie du rapport qu'il a lue contient le commencement des lésions de l'appareil digestif.

Le canal digestif est chez le cheval, comme chez l'homme, un des organes dont l'inflammation est la plus fréquente; il a été trouvé enflammé dans les trois-cinquièmes des cadavres de chevaux qu'a examinés la commission : l'estomac, puis le commencement du gros intestin, et non la fin de l'iléon, comme chez l'homme, sont les parties qui ont paru être le plus souvent frappées. Cependant l'appareil digestif n'est pas, chez le cheval, celui qui a présenté le plus d'altérations; l'appareil respiratoire, dans lequel on doit comprendre les fosses nasales, a plus souvent encore été trouvé malade.

D'abord, la commission s'est assurée de l'aspect du canal alimentaire dans l'état sain : des chevaux, qu'à raison d'accidens on a été obligé de tuer dans la force de l'âge et de la santé, ont été examinés par elle à cet effet. Hors le temps de la digestion, la muqueuse a une couleur blanche, pâle, comme chez l'homme; sa consistance est assez considérable; ses villosités sont médiocrement apparentes; les lacunes d'Ev. Home très-manifestes, et les follicules plus ou moins développés. Dans le temps de la digestion, au contraire, la muqueuse est rouge là où la fonction a lieu, dans l'estomac lors de la chymification, dans l'intestin grêle lors de la chylification, beaucoup moins dans le gros intestin, probablement parce que cet intestin n'est qu'un organe d'excrétion. Cette rougeur est légère, a son siége dans les vaisseaux capillaires; les vaisseaux subjacens à la muqueuse n'y concourent pas, car ils ne paraissent pas injectés. Elle est surtout prononcée dans les villosités de l'intestin grêle, comme si l'acte de la digestion avait déterminé dans ces villosités un état d'érection. Quelques-unes d'elles cependant sont blanchâtres, et d'elles sortent mani-

festement des vaisseaux chylifères qui sont pleins de chyle. M. Andral fils a eu récemment à la Charité l'occasion de reconnaître tous ces faits dans l'espèce humaine elle-même, sur une jeune fille de douze ans qui avait été écrasée par une charrette.

Passant ensuite à l'examen des altérations du canal intestinal, la Commission les a poursuivies successivement dans chacun des tissus qui le composent, savoir : dans l'épithélium, la muqueuse et les parties qui s'y rapportent, savoir les follicules, les lacunes et les villosités; dans le tissu cellulaire sous-muqueux, la tunique musculaire et la péritonéale. 1.° L'*épithélium*, qui chez l'homme se termine à l'orifice cardiaque de l'estomac, chez le cheval tapisse une grande partie de la surface interne de cet organe, et s'étend jusqu'à l'union de la portion splénique avec la portion pylorique. Fort dense, et sorte de produit inorganique, il ne peut être malade par lui-même, mais il subit des altérations dans ses propriétés physiques consécutivement à l'inflammation de la membrane muqueuse qu'il revêt. De même que dans l'homme on trouve souvent, consécutivement à une phlegmasie de la muqueuse gastrique, l'épithélium de la partie inférieure de l'œsophage ramolli, réduit en pulpe, ou même détruit et laissant à nu la muqueuse subjacente; de même la Commission a souvent trouvé dans cet état et à la suite des mêmes circonstances l'épithélium de l'estomac du cheval. Dans l'homme, c'est la portion splénique de l'estomac qui est le plus fréquemment enflammée; dans le cheval, c'est la portion pylorique : la Commission se demande si cette différence ne tiendrait pas à l'existence de l'épithélium, qui préserverait dans le cheval la portion splénique. 2.° Dans la *muqueuse digestive*, la Commission a examiné les *follicules*, les *lacunes* et les *villosités*; elle n'a lu de son rapport que ce qui concerne les altérations des follicules. D'abord, dans le cheval comme dans l'homme, ces follicules, tantôt étaient à peine apercevables, tantôt étaient très-développés, mais sans être pour cela dans un état pathologique; ce plus grand développement annonçait seulement un état d'irritation plus actif, et une plus grande disposition à ce que ces organes s'irritent et s'enflamment. Ensuite, la Commission les a trouvés souvent enflammés, des cercles vasculaires rouges ou bruns, selon que l'inflammation était aiguë ou chronique, en circonscrivant la base, l'orifice central, et même en occupant toute la surface. Or, disent les rapporteurs, on voit souvent chez l'homme, à la surface interne de l'intestin, un nombre plus ou moins grand de petits cercles rouges ou bruns, avec ou sans un petit point semblable au centre; la ténuité des parties ne permet pas de voir s'il existe là un follicule, et par conséquent si la maladie est une affection de ces organes : ce qu'on vient de décrire dans le cheval ne semble-t-il pas le prouver? Mais, dans cette inflammation des follicules, leur orifice ne conserve pas toujours son diamètre naturel; tantôt il s'élargit, tantôt il se rétrécit et s'oblitère. Dans le premier cas, la dilatation peut être portée au point d'égaler le fond de l'organe; alors on pourrait le prendre pour une ulcération, et la Commission pense que certains en-

foncemens qu'on a observés à la surface interne de l'intestin de l'homme, et qu'on a qualifiés d'ulcérations, ne sont ainsi que des orifices très-dilatés de follicules muqueux tuméfiés. Dans le deuxième cas, le liquide secrété dans l'intérieur de ces follicules s'y accumule et change ces organes en tumeurs assez volumineuses. La Commission aurait pu être trompée sur la nature de ces tumeurs, si le plus souvent elle n'avait pas pu introduire un stylet dans l'orifice du follicule et le vider. Tantôt la tumeur contenait du pus; d'autrefois ce pus s'était solidifié, était devenu concret, friable, d'apparence caséeuse, et la tumeur alors ressemblait assez à celles qu'on trouve dans le canal intestinal de l'homme, et qu'on appelle *tubercules*. Les tubercules ne seraient-ils donc que des follicules chroniquement enflammés? et la petite dépression qu'on voit à leur sommet, et qu'on regarde comme un commencement d'ulcération de la muqueuse, ne serait-elle que l'orifice du follicule? Quelquefois enfin la tumeur ne contenait qu'une sorte de matière sébacée, semblable à celle que l'on trouve dans les tannes de la peau, qui ne sont, comme on sait, que des follicules cutanés développés. Enfin, dans certains cas, le follicule enflammé avait subi une véritable transformation de texture; ses parois étaient devenues fibreuses, ou fibro-cartilagineuses, ou cartilagineuses; c'est dans l'estomac surtout que la Commission a trouvé ce genre d'altération. En quelques cas, ces parois cartilagineuses ou fibreuses étaient creusées de beaucoup de petites loges dans lesquelles étaient logés une quantité innombrable d'entozoaires de l'ordre des trematodes de Rudolphi, longs de quelques lignes, de la grosseur d'un fil, et qui se mouvant dans leurs loges en sortaient souvent par l'orifice du follicule pour se répandre à la surface interne de l'estomac. Ces faits, dit la Commission, ne font-ils pas concevoir la possibilité qu'un tissu, un organe une fois dévié de son mode normal de nutrition, subisse des transformations telles qu'on le prendra pour un tissu de nouvelle formation? Ces follicules, dit-elle, n'auraient-ils pas pu être pris pour des kystes, par exemple? La Commission continuera la lecture de ce rapport dans une des prochaines séances.

Rage. — M. Dupuytren communique à l'Académie une lettre de M. Marochetti, qui a fait des observations sur la rage à Saint-Pétersbourg, et une autre de M. Lafon, qui en a fait en Turquie. Dans ces lettres, ces médecins assurent que le débridement et la cautérisation des pustules, qui dans la maladie de la rage viennent sous la langue, leur a toujours paru un moyen curatif de la maladie; ils demandent à l'Académie des moyens de continuer leurs recherches. M. Dupuytren fait remarquer que, comme dans ces lettres il n'est question que d'une action préservative, il préférera toujours le débridement et la cautérisation des plaies à celles des pustules de la langue, qui n'ont rien de constant dans leur apparition; il conclut à ce que cet objet soit renvoyé à une commission. M. Honoré cite deux cas de rage qu'il a observés dans l'espèce humaine, dans lesquels il n'a pu voir, ni chez les malades, ni chez les ani-

maux qui les avaient mordus, les pustules de la langue. MM. Girard et Barthélemy disent n'avoir pas été plus heureux ; ce dernier dans de nombreuses expériences qu'il a faites il y a trois ans sur des chevaux, et le premier dans les nombreux cas de rage que la saison vient de rassembler et amène chaque jour à l'établissement d'Alfort ; M. Girard a seulement remarqué sur trois chiens morts de la rage une gangrène du poumon. M. Orfila au contraire rappelle une observation due à un médecin du département de l'Aisne, M. Marcq, dans laquelle les pustules de la langue ont été vues, et dans laquelle leur cautérisation a amené la guérison. L'Académie arrête la formation d'une commission permanente pour s'occuper de cet objet.

M. Dupuytren, après cette communication, présente deux cas d'anatomie pathologique, savoir : 1.° un strongle, genre de ver qu'on trouve souvent dans les reins du chien, et qui a été rendu par l'urètre d'un homme pendant la vie ; le malade a rejeté aussi par cette voie quelques calculs et un autre ver qui était déjà encroûté de matière saline. 2.° Le dessin d'un vice de conformation consistant dans l'union de deux fœtus par la partie antérieure du thorax ; il y avait deux œsophages, deux estomacs ; mais au-dessous de ce viscère le canal intestinal était unique et servait aux deux individus : il n'y avait aussi qu'un cœur.

SECTION DE MÉDECINE. — *Séance du 9 août.* — Élection de M. Louis, médecin à Paris, comme adjoint résident.

Hôtel-Dieu de Rouen en 1824. — MM. Double, Bourdois et Kergaradec font un rapport sur un Mémoire de M. Hellis médecin-adjoint de l'Hôtel-Dieu de Rouen, intitulé : *Observations médicales recueillies à l'Hôtel-Dieu de Rouen pendant l'année* 1824. Ce Mémoire est un travail du genre de ceux qu'on appelle *Constitutions médicales* ; M. Hellis y expose, d'abord mois par mois, ensuite saison par saison, d'une part les changemens atmosphériques qui en 1824 se sont succédés à Rouen, et qui ont dû influer sur la production et le caractère des maladies, d'autre part les affections tant aiguës que chroniques qui concurremment ont été observées à l'Hôtel-Dieu de Rouen. Cinquante-six observations y sont rapportées, dont plusieurs avec les détails de l'ouverture des cadavres. Quatre tableaux représentent le mouvement de l'hôpital pendant chacune des quatre saisons, c'est-à-dire offrent le nombre total des malades reçus, la proportion respective des guéris et des morts, l'indication numérique des diverses maladies qui ont été observées. C'est l'hiver qui a fourni le plus de malades, et en été qu'il y a eu le plus de morts. La mortalité a été, de 1 un sur 6 à peu près ; car sur 2434 malades reçus dans le cours de l'année, 380 sont morts : cette mortalité n'a été que de 1 sur 13 pour les maladies aiguës, mais de 1 sur 3 pour les maladies chroniques. Un état bilieux dû, soit à la situation particulière de Rouen, soit à la constitution atmosphérique de 1824, a dominé dans la plupart des maladies aiguës ; et aussi M. Hellis dans leur traitement a-t-il fait un fréquent usage de l'émétique : par exemple, de 47 cas de pneumonies ou pleurésies, 42 ont promptement cédé à l'emploi de ce remède. Les rap-

porteurs, tout en applaudissant à cette pratique renouvelée de Stoll, reprochent à M. Hellis de n'avoir pas assez employé les saignées générales, surtout dans les cas où il a eu recours aux saignées locales, rien, selon eux, n'assurant autant les bons effets de celles-ci que de les faire précéder des premières. Ils lui reprochent aussi d'avoir nié l'existence des fièvres pétéchiales et miliaires essentielles. Une courte discussion s'élève à l'occasion de ce rapport. M. Louyer-Villermay demande si les détails des observations rapportées par M. Hellis prouvent bien que ces observations étaient des pneumonies ou pleurésies, car il pense que ce genre d'affection guérirait encore mieux par les saignées que par l'émétique, et qu'au moins avant d'employer ce dernier moyen, il est prudent de bien explorer l'état des voies gastriques. M. Nacquart dit que pour prononcer sur les effets de l'émétique dans les phlegmasies pulmonaires, il faut distinguer les cas où l'on emploie ce sel à dose simplement vomitive, de ceux où on le donne à très-haute dose, d'après la méthode de Rasori; le médicament, dans le premier cas, ne faisant que remédier à un état bilieux, s'il existe, et au contraire agissant dans le deuxième comme antiphlogistique, anti-sthénique, et presque à la manière des émissions sanguines.

Ventouses sur les plaies empoisonnées. — M. Barry, médecin anglais, lit une note relative à des expériences qu'il a faites, et qui tendent à prouver que des ventouses appliquées sur une plaie récemment empoisonnée empêchent l'absorption de la matière vénéneuse. Voici en quoi consistent ces expériences : des plaies sont faites sur le dos ou la cuisse de lapins adultes, et quand le sang a cessé de couler, M. Barry introduit dans ces plaies, ou deux à trois grains de strychnine en poudre, ou trois gouttes d'acide hydrocyanique : puis trois, cinq, dix minutes après, il applique sur les plaies une ventouse qu'il renouvelle à mesure qu'elle tombe, et il empêche ainsi les animaux de manifester aucun des effets accoutumés des poisons; si au contraire les ventouses ne sont pas appliquées, les animaux périssent empoisonnés. Dans un de ces cas, M. Barry a attendu pour appliquer la ventouse que l'animal eût déjà des convulsions, et il est parvenu à les arrêter et à sauver l'animal. De ces expériences, M. Barry, qui croit que la circulation du sang dans les veines tient à une action d'aspiration exercée sur le fluide par le thorax lors de l'inspiration, conclut que toute circonstance qui changera cette force d'action de la circonférence au centre en une inverse du centre à la circonférence, comme le fait la ventouse, non seulement empêchera l'absorption, mais même rappellera à la surface la matière déjà absorbée, en tant cependant que celle-ci sera encore dans les limites de cette action.

Cette communication de M. Barry engage M. Pariset à faire connaître aussitôt à la section une observation qu'elle a reçue aujourd'hui même de M. Moricheau-Beauchamp, de Poitiers, et qui y a quelque rapport. Cette observation est celle d'un individu qui, mordu par une vipère, n'éprouva aucun des accidens qui suivent d'ordinaire cette morsure,

parce qu'on appliqua successivement sur le lieu mordu plusieurs sangsues; les premières sangsues appliquées moururent à mesure qu'elles prenaient du sang; ce n'est que la sixième qui résista, bien qu'elle eût sucé plus de sang qu'aucune des autres.

La section nomme MM. Orfila, Adelon et Laennec pour vérifier par des expériences les faits de MM. Barry et Moricheau-Beauchamp.

Cancer du cœur. — M. Ségalas lit une note sur un cas de cancer du cœur et présente modelée en cire une copie de cette altération. Le sujet de l'observation était un enfant de 11 ans, qui après avoir offert des symptômes de pleurésie et de péricardite, jouit pendant un an d'une santé assez bonne, puis fut saisi d'une ascite, et un jour mourut tout-à-coup. A l'ouverture du cadavre, on trouva le péricarde intimement uni au cœur, celui-ci plus volumineux d'un tiers, et tout le ventricule droit ainsi qu'une grande partie du ventricule gauche converti en une substance lardacée, du genre du cancer cérébriforme; la cloison interventriculaire et les oreillettes étaient seules restées saines; il y avait un peu de sérosité claire dans l'arachnoïde, épanchement séreux abondant dans la plèvre gauche et l'abdomen, et amas de mucosités écumeuses dans toute l'étendue des voies aériennes. M. Ségalas fait remarquer que ces désordres existent dans tous les cas où une syncope, une suspension subite de l'action du cœur, de la circulation, causent la mort. Pendant sa vie l'enfant ne présenta aucuns signes de la grave altération qu'on a trouvée dans le cœur; seulement il se fatiguait aisément, éprouvait de temps en temps des vertiges et avait le sommeil lourd; mais il n'interrompit jamais ses occupations d'écolier.

Codéate de morphine. — M. Ollivier annonce, que de concert avec M. Orfila, il a essayé les effets sur l'économie animale du nouveau sel de morphine trouvé dans l'opium par M. Robinet, et qu'on appelle *codéate de morphine*; à haute dose, celle de 40 grains, il a produit absolument les mêmes effets que l'acétate de morphine; mais à petite dose, celle de 1/2 grain, 1 grain, il leur a paru jouir d'une propriété sédative un peu plus prononcée. M. Andral fils ajoute que, dans des essais faits à la Charité, ce sel donné à des malades à la même dose que l'acétate de morphine a produit absolument les mêmes effets.

Rupture de l'utérus. — M. Moulins, médecin à Paris, présente l'utérus d'une femme de 26 ans, qui enceinte de 2 mois et demi, a succombé la veille à une rupture de cet organe survenue dans les efforts d'un avortement.

Séance du 23 août. — *Usage de l'eau de chaux dans les ulcérations de la matrice.* — MM. Villeneuve, Désormeaux et Sédillot font un rapport sur une observation de M. de Hempel, portant ce titre. Le sujet de cette observation est une femme de 34 ans qui éprouvait depuis plusieurs années des douleurs très-vives aux lombes, aux os du bassin et à l'utérus, chez laquelle le toucher fit reconnaître un gonflement douloureux du col de l'utérus, avec écoulement visqueux, quelquefois mêlé de sang, difficulté d'uriner, fièvre; et qui ayant été traitée envain par les saignées,

les bains de siège, les lavemens, les injections émollientes, les opiacés, guérit après 2 mois d'usage de l'eau de chaux en injections et en boisson à la dose de 1 à 3 onces dans une tasse de lait. M. de Hempel, qui dans cette circonstance a employé avec succès l'eau de chaux, pense qu'elle serait de même utile dans les plaies scrofuleuses et carcinomateuses, dans les gangrènes, et la regarde comme étant à l'intérieur un puissant dépuratif. Les rapporteurs croient les éloges donnés à ce médicament exagérés, et même établissent que la femme qu'a traitée et guérie M. de Hempel n'avait pas une ulcération de l'utérus, mais seulement un engorgement du col de cet organe avec écoulement leucorrhéen. M. Louyer-Villermay appuie cette dernière opinion des rapporteurs, et ajoute qu'en général les médecins sont trop disposés à regarder comme des ulcérations de l'utérus de simples engorgemens de cet organe; il cite deux faits dans lesquels cette erreur de diagnostic avait été commise.

Contagion de la fièvre jaune et de la peste. — M. Lassis, correspondant de l'Académie, lit une note sur les causes *des épidémies, leur nature, les moyens d'y remédier et même de les prévenir.* Dans cette note, il établit que la science possède désormais plus de faits qu'il n'en faut pour résoudre toutes les questions relatives aux épidémies; et que ces faits doivent faire rejeter l'opinion de la nature contagieuse de toute maladie typhoïde quelconque, ainsi que les mesures sanitaires que l'idée de leur contagion a fait adopter. Il ne restreint pas son opinion sous ce double rapport à la fièvre jaune seulement, mais il l'étend à toutes les espèces de typhus et à la peste elle-même. Il prend ses argumens dans la recherche des causes et de la nature des fièvres épidémiques, et dans la considération des mesures sanitaires qu'on leur oppose. 1.° Qu'on étudie l'histoire de toute épidémie, et l'on se convaincra, dit M. Lassis, qu'aucune n'est due à des germes importés du dehors, mais tient à des causes appréciables et bornées au pays que l'épidémie ravage. C'est ce que la recherche des causes de toute épidémie lui a démontré. D'ailleurs que sont ces germes à l'importation desquels on en appelle? Comment en expliquer la formation, le développement, la conservation, la prorogation, au milieu d'influences atmosphériques diverses bien propres à les détruire, et souvent après un long temps? Comment en concevoir l'extinction après une épidémie, c'est-à-dire après la condition qui a dû le plus les multiplier? Avec ce système de prétendus germes, importés soit de l'Orient, soit de l'Amérique, peut-on expliquer pourquoi des épidémies semblables à celles que nous observons aujourd'hui ont désolé jadis notre occident, dans des temps où il était sans communication avec ces pays? Peut-on dire pourquoi ces épidémies étaient alors bien plus fréquentes qu'elles ne sont aujourd'hui, que ces communications sont si multipliées? Avec ce système enfin, peut-on concevoir pourquoi en Egypte et en Amérique où la peste et la fièvre jaune sont endémiques, ces maladies restent toujours bornées à certains lieux, probablement ceux où sévissent les causes générales qui les développent, et ne s'étendent

pas à des lieux très-voisins, mais qui ne sont pas sous l'empire de ces mêmes causes? 2.° Si l'on recherche quelle est la nature des fièvres épidémiques, on voit, dit M. Lassis, que toutes sont identiques, ont la même nature fondamentale, et ne diffèrent des fièvres de tous les temps et de tous les pays, que par des nuances accidentelles, par le degré de gravité, d'intensité. En général, ajoute t-il, les médecins ont été trop enclins à considérer les maladies épidémiques comme des maladies nouvelles et spéciales; et toutes ne sont, même celles qu'on appelle *peste*, *fièvre jaune*, *typhus*, que les mêmes fièvres que nous observons dans nos pays, seulement à un plus haut degré de gravité, et avec des modifications dues aux causes locales qui les ont rendues épidémiques. Or, comme nos fièvres ordinaires ne sont pas contagieuses, pourquoi la peste, la fièvre jaune, les typhus, qui ne sont que ces mêmes fièvres à un plus haut degré d'intensité, le seraient-elles davantage? 3.° Enfin, en admettant l'idée de germes reproducteurs, comment concevoir, dit M. Lassis en terminant, que les mesures sanitaires actuelles puissent prévenir la propagation de ces germes? Ces mesures consistent presque exclusivement en des séquestrations et des purifications: mais quelle barrière opposer à des germes aussi ténus que ceux qu'on est forcé d'admettre, et quelle série de purifications des hommes et des choses serait ici nécessaire? Ces mesures sont donc, selon lui, insuffisantes et inutiles. Bien plus, il les juge nuisibles, non-seulement par les entraves qu'elles apportent aux rapports politiques et commerciaux des nations et des particuliers, mais parce qu'elles sont propres à entretenir, aggraver les épidémies, et même à les faire naître, en enfantant dans la localité à laquelle on les applique les causes générales susceptibles de les développer: la dernière épidémie de Barcelonne en 1821, en a, dit-il, offert un triste exemple.

Cette lecture donne lieu à une longue discussion.

M. Laennec demande si M. Lassis nie la contagion d'une manière absolue, en toute maladie; et sur la réponse que lui fait celui-ci, qu'il excepte les maladies virulentes, comme la variole, il pense qu'on pourrait tenter les expériences que M. Lassis propose au gouvernement, soit sur des bubons vénériens, soit sur la pustule maligne de Bourgogne: il ajoute que la question devrait d'ailleurs être divisée en ce qui concerne la fièvre jaune et ce qui concerne la peste, beaucoup de médecins doutant aujourd'hui de la nature contagieuse de la première de ces maladies, et presque tous au contraire croyant à la nature contagieuse de la seconde.

M. Lassis répond, que par des expériences sur la pustule maligne de Bourgogne, maladie qui d'ailleurs n'est pas contagieuse à distance, on n'irait pas droit au but; que c'est sur la peste qu'il faut expérimenter, et cela non à Constantinople ou au Caire, mais à Marseille, attendu qu'il s'agit de prouver, non que la maladie ne soit pas susceptible de se propager, de s'étendre là où est son berceau, son foyer, mais seulement ne peut être transportée au loin à l'aide de germes reproducteurs.

M. Geoffroy Saint-Hilaire communique quelques observations qu'il a faites en Egypte, et qui, tendant à prouver que la peste en ce pays tient à des causes locales, viennent à l'appui du système de M. Lassis. L'état du Nil, dit-il, gouverne complètement l'état sanitaire de l'Égypte; on peut sur les crues, sur les baisses de ce fleuve, prédire les lieux où il y aura des maladies. A-t-il un grand exhaussement? le haut pays seul est désolé par la peste; le bas pays qui est alors submergé en est exempt. Le fleuve au contraire a-t-il baissé? c'est sur le bas pays que le fléau porte ses ravages. Selon le caractère morbide que l'état du fleuve imprime aux organisations, la moindre impression excite le développement fatal; ainsi un matelot se jette à la mer pendant qu'il est en sueur, et le lendemain il meurt de la peste; un autre fait un excès de table, et le lendemain il en meurt également; ce qui dans un autre pays eût occasionné une phlegmasie pectorale, une diarrhée, là a suscité la maladie du lieu, la peste. Cette maladie n'est pas toujours celle que déterminent les causes locales morbifiques; comme chaque mois presque a sa constitution atmosphérique propre, chaque mois aussi a ses maladies; et la même impression qui, dans un mois, aurait excité la peste, dans une autre occasionnera une ophthalmie, ou une dysenterie. Tout tient en somme à des causes locales; et c'est pour cela que la peste est et sera toujours eudémique en Égypte.

M. Louyer-Villermay cite des faits analogues en ce qui concerne la fièvre jaune: il tient d'Américains fort instruits, qu'à New-Yorck la fièvre jaune ne se propage que dans le port et dans la ville basse; mais que lorsqu'elle apparait dans la ville haute, elle reste bornée à l'individu atteint, sans se propager aux habitations voisines. M. Desormeaux assure que ce même fait lui a été attesté, et M. Geoffroy Saint-Hilaire l'appuie aussi du témoignage de M. Bosc.

M. Pariset au contraire croit à la nature contagieuse de la fièvre jaune, et cite à l'appui de son opinion les faits suivans. Dans l'épidémie de Barcelonne de 1821, on a vu la maladie se propager successivement à Tortose, à Asco, à Mequineuza, à Fraga, à Nonaspe, pays à 25 et 30 lieues dans les terres, et différant trop les uns des autres sous le rapport topographique, pour qu'on puisse leur supposer les mêmes causes d'insalubrité. Tortose l'a reçue d'un seul homme qui l'avait prise à Barcelonne en communiquant avec des vaisseaux des Antilles; la famille de cet homme fut d'abord atteinte; de cette famille le mal s'étendit au reste de la ville, dont la moitié de la population prit la fuite, mais qui, sur 8,000 habitans restans, en perdit 5,000. Il en fut de même à Palma, ville magnifiquement exposée, divisée en ville haute et ville basse: il est même à remarquer pour elle, que la maladie se montra d'abord dans la ville haute, qui est élevée de 84 pieds au-dessus du niveau de la mer, d'où un matelot la porta dans la ville basse. Des vaisseaux arrivent des Antilles à Port-Mahon, lieu des plus salubres; aussitôt la maladie éclate dans le lazaret, et bientôt vingt-huit gardes de santé ont succombé. Un chebec parti de Larash, petit port d'Afrique sur l'Atlantique, pays où jamais ne

s'est montrée la fièvre jaune, n'ayant eu, d'autre part, aucune communication dans la traversée, franchit le détroit de Gibraltar, et trouvant tous les autres ports fermés, va stationner à Mahon ; là il se mêle aux vaisseaux des Antilles qui ont la fièvre jaune, et arrivé le 29 septembre, dès le 5 octobre, ses quatre hommes d'équipage sont malades, et le 8, trois sont morts. Enfin, la Carlotta, village charmant situé à 1200 pieds au-dessus du niveau de la mer, réunissant toutes les conditions physiques et sociales les plus salubres, reçoit en 1800 les fugitifs que la fièvre jaune chasse de Cadix, et bientôt il est dépeuplé par le fléau. M. Pariset termine en disant que maintenant l'opinion de la contagion est celle qui domine parmi les médecins et les gens éclairés de l'Espagne.

M. Lassis et plusieurs autres membres de la Section demandent à répondre à M. Pariset : mais M. le président fait remarquer que la Section se livre ici à une discussion prématurée, puisqu'elle sera appelée à prononcer sur la question qui en fait le sujet, le jour où la commission instituée pour juger la proposition d'expériences de M. Lassis, fera son rapport, et la discussion est fermée.

Lésion organique du cœur. — M. Chomel présente un cœur malade pris sur un sujet qui a succombé à une péritonite survenue dans le cours d'une maladie organique du foie. Ce cœur offrait à sa base et tout autour de lui, une bande osseuse, épaisse d'une demi-ligne, large de deux pouces au-devant de l'oreillette droite, et d'un pouce seulement dans le reste de son étendue. Cette bande, qui semblait développée à la face interne du péricarde ou dans une fausse membrane ancienne, donnait naissance à un grand nombre de faisceaux blanchâtres et rougeâtres d'apparence charnue, qui allaient se terminer, d'une part, à la face interne du péricarde, et d'autre part à la face externe du cœur, dont le tissu du reste, était sain partout. Une couche de tissu musculaire était interposée entre ces faisceaux.

SECTION DE CHIRURGIE. — *Séance du 11 août.* — *Observations de plaies et cancer de la verge.* — MM. Forestier, Yvan et Hervey de Chégoin, font un rapport sur quatre observations envoyées à l'Académie par M. Bernard, médecin à Moulins, et dont voici la substance : 1.° plaie d'armes à feu au pénis, faite par une balle qui traversa le corps caverneux droit, à quelques lignes du gland dont la couronne fut intéressée, et qui sortit par le corps caverneux gauche ; l'urètre fut aussi divisé à sa paroi supérieure. L'urine sortit pendant six semaines par l'issue de la balle, mais au bout de sept semaines la guérison fut complète, sans fistule ni altération de la forme de l'organe, bien qu'on n'eût pas introduit ni mis de sonde à demeure dans la vessie. 2.° Plaie de la verge à sa partie dorsale par une bayonnette, et qui intéresse un peu le corps caverneux ; réunion par première intention, et guérison en cinq jours. 3.° Morsure du gland par un cheval, dont la dent pénétra de deux lignes et demie ; compresses résolutives, et guérison en quelques jours. 4.° Tumeur cancéreuse envahissant toute la verge jusqu'au pubis : le pénis est

amputé en entier, et de manière qu'on rase les os; on introduit une sonde dans la vessie; on panse à plat sans faire aucune ligature de vaisseaux, et au vingt-huitième jour la cicatrisation est complète. Un an déjà s'est écoulé depuis cette opération, et le malade est en parfaite santé; l'urine sort par jet comme avant la maladie.

Adhérences de la langue. — Les mêmes rapporteurs font connaître une autre observation due encore à M. Bernard de Moulins, dans laquelle des adhérences, épaisses de deux lignes et demie, avaient collé les parties latérales de la langue à la face interne des joues, dans l'étendue d'un pouce et plus de chaque côté. Ces adhérences étaient survenues à la suite d'une inflammation de l'intérieur de la bouche et de la langue qui s'était ulcérée dans son pourtour; elles gênaient les fonctions de la parole et de la mastication, et M. Bernard les divisa d'un seul coup de ciseau. MM. Duval et Cullerier neveu disent avoir observé des cas semblables.

Fracture de la colonne vertébrale. — MM. Emery, Ribes et Danyau font un rapport sur une observation envoyée par M. Lafaye, médecin à Bordeaux, relative à une fracture de la colonne vertébrale par suite d'une chute; la fracture était à la quatrième et à la troisième vertèbres dorsales, avec paralysie des membres inférieurs, du rectum et de la vessie, et fit périr le malade au bout de deux mois. Dans une discussion qui s'engage au sujet de cette observation, il est généralement reconnu que les blessures de la moelle épinière sont d'autant plus graves et d'autant plus promptement mortelles, qu'elles ont lieu à un point plus rapproché de son origine. M. Ségalas avance, comme un fait physiologique important, que les vésicules séminales sont soumises dans leur action à l'influence de la moelle épinière, et que l'état de ces vésicules peut servir aussi à éclairer le diagnostic des blessures de cette partie nerveuse. MM. Roux et J. Cloquet enfin contestent qu'il soit aussi fréquent qu'on l'a dit, que les paraplégies traumatiques soient accompagnées d'escarres sur les parties saillantes du bassin et des membres inférieurs; presque toujours, disent-ils, la mort survient avant la formation de ces escarres.

Lithotomie. — MM. Roux et Hervey de Chégoin font un rapport sur un mémoire de M. Caignon, médecin à Vitry-le-Français, intitulé : *Des moyens d'éviter toujours la lésion du rectum, et d'arrêter les hémorrhagies qui arrivent pendant ou peu de temps après l'opération de la pierre.* M. Caignon propose, pour éviter la lésion du rectum dans l'opération de la pierre, d'introduire une plaque métallique entre la prostate et cet intestin, lorsqu'on a fait l'incision des parties molles extérieures, et avant qu'on incise le col de la vessie. Les rapporteurs blâment ce procédé, parce qu'il exige préalablement une incision qui expose au danger qu'on veut éviter, et surtout parce que pour séparer la prostate du rectum il faut détruire la cloison qui empêche la communication du tissu cellulaire du bassin avec celui du périnée. Or, cette destruction entraîne l'infiltration de l'urine dans le tissu cellulaire du bassin, et par suite une inflammation et une suppuration mortelles. C'est de l'intégrité

ou de la lésion de cette cloison que, selon les rapporteurs, dépendent le succès ou l'insuccès de l'opération de la taille. Les rapporteurs blâment aussi les moyens que M. Caignon propose pour arrêter les hémorrhagies qui surviennent pendant ou après la lithotomie, et qui consistent à traverser le trou obturateur avec une aiguille courbe qu'on fait ressortir par la plaie du périnée, et à matelasser la face interne de la branche de l'ischion, pour que l'artère honteuse soit accessible à la compression, malgré la gouttière dans laquelle elle est renfermée; ils croient plus convenable d'aller lier cette artère par la plaie du périnée avec l'aiguille courbe de M. Deschamps, comme le fait M. Boyer.

Chlorure de chaux dans les brûlures. — M. Lisfranc instruit la section que dans les brûlures au second degré, et après avoir fait usage pendant deux ou trois jours des cataplasmes émolliens, il a employé avec succès le chlorure de chaux; la solution marquait trois degrés au chloromètre de M. Gay-Lussac, et était faite dans la proportion de quatre ou six onces sur une livre d'eau; il pense que ce médicament serait également utile dans la pourriture d'hôpital. Ce propos fournit à MM. Maingault et J. Cloquet l'occasion d'annoncer qu'ils viennent d'observer deux pourritures d'hôpital chez des malades dans la ville, ce qui est fort rare; les deux malades étaient dans des conditions tout opposées; l'un riche, placé dans un quartier fort salubre, l'autre pauvre et placé dans une situation tout inverse. M. Segalas rapporte aussi que récemment, dans un cas de catarrhe chronique de la vessie, compliqué sans doute de l'ulcération de cet organe, il est parvenu à affaiblir et même à faire cesser momentanément l'odeur infecte de l'urine en injectant dans la vessie un liquide auquel était ajoutée une certaine quantité de chlorure de chaux.

Séance du 25 août. — M. Larrey présente deux malades; l'un porte sur la partie latérale droite de la tête une petite tumeur osseuse dont le sommet semble être cartilagineux; l'autre a été affecté de la maladie de *Pott*; des abcès se sont manifestés aux lombes, à l'aine; la maladie a cédé à l'application réitérée des moxas.

Hernies et *brayers*. — MM. Larrey et Ficher-Grandchamp font un rapport sur un Mémoire de M. Fournier de Lampdes, médecin, sur les hernies et avec des modèles d'un nouveau genre de brayer. Pour guérir les hernies, il faut se proposer, non-seulement de fermer l'ouverture par laquelle s'échappent les parties, mais encore de rétrécir cette ouverture pour que toute issue des organes soit désormais impossible. Les brayers usités jusqu'à ce jour ne remplissent pas, selon les rapporteurs, cette double indication, parce que leur pelotte étant continue et fixée d'une manière invariable au ressort élastique de la ceinture, n'exerce pas sur le point de la descente une compression exacte et uniforme. Les *rénixigrades* des médecins anglais ne vont pas plus au but; car, dépourvus de sous-cuisses, ils se déplacent aisément: d'ailleurs, n'exerçant de pression que sur un seul point, cette pression est pénible et douloureuse. Dans les brayers de M. Fournier, la pelotte est séparée du reste du bandage; cette

pelotte est flexible dans la portion métallique qui en forme la base ; on peut lui donner la grandeur et la forme qui conviennent à la région qu'occupe la hernie ; et c'est lorsqu'elle est en place, et la hernie réduite, qu'on y adapte la ceinture qui est munie d'un ressort élastique, lequel exerce sur cette pelotte une pression qu'on gradue à volonté. Ainsi, non-seulement un obstacle est opposé à la sortie des parties réduites, mais le rapprochement des bords de l'ouverture est favorisé, et la portion des parois de la cavité abdominale qui avait cédé à l'impulsion des viscères sortis est uniformément comprimée. Les rapporteurs proposent donc à la section de donner son approbation aux brayers de M. Fournier ; mais, après une longue discussion, la section ajourne cette conclusion jusqu'à ce qu'on ait obtenu les résultats annoncés par M. Fournier lui-même.

M. Protat lit un Mémoire sur l'*absorption pulmonaire*, et M. Boullu en lit un *sur la saignée* : nous en parlerons à l'occasion des rapports auxquels ces Mémoires donneront lieu.

SECTION DE PHARMACIE. — *Séance du 13 août.* — *État du soufre dans la semence de moutarde.* — MM. Henri fils et Garrot donnent lecture d'un Mémoire contenant les recherches qu'ils ont faites pour constater dans quel état est le soufre qui existe dans la semence de moutarde. Ayant traité par de l'alcohol rectifié de l'huile fixe de moutarde, ils ont obtenu sur les parois du vase une substance rougeâtre, grenue, soluble à l'eau, très-acide, d'une saveur piquante, amère, rappelant l'odeur des plantes anti-scorbutiques lorsqu'on les distille. Ils ont reconnu que cette matière était un acide nouveau, qu'ils nomment *sulfo-sinapique*, parce qu'il contient du soufre parmi ses élémens, et dont ils ont étudié les combinaisons avec les diverses bases. La composition de cet acide, qui existe aussi dans les semences d'autres plantes crucifères, est, sur 100 parties, carbone 49,5, hydrogène 8,3, soufre 17,33, azote 12,96, oxigène 11,91. Les auteurs de ce Mémoire présument que dans les végétaux le soufre peut se trouver en divers états de combinaison. A cette occasion, M. Vauquelin rappelle qu'il a trouvé, comme Margraff, du phosphore dans la semence de moutarde ; et M. Planche avance que l'association du vinaigre n'augmente pas l'action rubéfiante de la moutarde sur la peau.

M. Robinet lit quelques considérations sur les moyens *de purifier diverses substances crystallines contenues dans les eaux mères des dissolutions*. Il présente plusieurs appareils qui sont fondés sur le principe de la pression atmosphérique, et à l'aide desquels on obtient des sels difficiles à se procurer par d'autres voies : par l'un d'eux, M. Pelletier a purifié du sulfate de brucine qu'on ne pouvait pas obtenir autrement.

Séance du 27 août. — *Analyse des semences de fenugrec.* — MM. Boullay et Chevalier font un rapport sur une *analyse des semences de fenugrec*, par M. Bosson, pharmacien à Mantes. Ce pharmacien a retiré d'abord de cette semence, en la traitant par l'éther sulfurique, une *huile fixe* et âcre, et de celle-ci à l'aide du lavage dans de l'eau distillée, de *l'acide malique* : ensuite, par la distillation dans l'eau, il a obtenu

une *huile volatile ;* l'alcohol a séparé de ces semences cette matière amère, nauséabonde, qui est particulière aux légumineuses ; enfin il existe dans ces graines un principe colorant, jaune, avec lequel M. Bosson a teint de la laine et du coton.

Analyse du dioptase. — M. Vauquelin communique la nouvelle analyse qu'il vient de faire du dioptase, belle pierre verte, transparente, d'une couleur très-riche. Il en résulte que ce minéral est, sur 100 parties, composé de : silice, 38 ; oxyde de cuivre, 40 ; eau, 10 ; carbonate de chaux, 8 ; fer oxydé, 4. C'est donc un silicate de cuivre hydraté, car M. Vauquelin croit que le fer et la chaux ne s'y rencontrent qu'accidentellement.

Chlorure de chaux. — M. Lemaire communique des observations qui prouvent qu'une solution de chlorure de chaux faite dans la proportion d'une partie du sel sur trois d'eau, a été fort utile dans des cas d'ulcères ; ils ont été cicatrisés en huit ou dix jours. Le proto-iodure de mercure a eu les mêmes effets. M. Laubert assure que dans les hôpitaux militaires, ce bon effet du chlorure de chaux a été constaté déjà. M. Vauquelin rappelle que M. le docteur Chamseru avait dès long-temps employé l'acide muriatique oxygéné étendu d'eau et pris en boisson dans les maladies syphilitiques, mais que l'irritation de l'estomac obligea d'y renoncer ; l'urine et les excrémens étaient blancs et totalement décolorés.

M. Virey lit une note sur des filamens fournis par une variété sauvage du bananier des îles Philippines, nommé *abaca*. Ce sont des trachées blanches et soyeuses qui forment des tubes dans l'état frais. M. Virey fait remarquer que, tandis que l'espèce de bananier que l'on cultive pour en retirer d'excellens fruits à semences ne fournit qu'une filasse cotonneuse mauvaise, l'espèce sauvage à mauvais fruits en fournit une très-forte dont on peut faire des tissus et qu'on peut teindre.

Plaies empoisonnées. — M. Petroz entretient la section des expériences de M. Barry, sur l'application des ventouses dans des cas de plaies empoisonnées, et dont nous avons parlé à l'article de la section de médecine. La ventouse retire de la plaie, avec du sang et de la lymphe, le poison qui y a été introduit, et l'animal échappe à la mort. Dans les expériences auxquelles a assisté et concouru M. Petroz, le poison employé avait été, une fois de l'upas tieuté, une autre fois de l'acide hydrocyanique au quart. M. Vauquelin dit, que c'est probablement de même qu'agit la succion qu'on a si souvent employée dans les plaies empoisonnées. C'est aussi l'opinion de M. Virey, qui cite à l'appui l'usage que l'on fait dans les Indes orientales, après les morsures du *coluber naja* ou *serpent Capello*, de ce qu'on appelle les *pierres à serpent ;* ces pierres sont des masses de terres bolaires, d'alumine, de magnésie, qui s'emparent d'une partie du poison, et préviennent son absorption par le corps.

La séance est terminée par l'élection de 47 membres correspondans.

Cautérisation des pustules de la variole. — M. Meyranx a lu à l'Académie des sciences un Mémoire sur la cautérisation dans la variole et quelques autres maladies éruptives de la peau, que nous croyons utile de faire connaître.

L'expérience a prouvé à l'auteur que la cautérisation pour être efficace devait être pratiquée le premier et le deuxième jour de l'éruption. Les caustiques mis en action le troisième, le quatrième et même au-delà, ne font jamais avorter les boutons; ils poursuivent leur marche régulière, suivant l'ordre de l'éruption, et acquièrent le même développement que ceux qui n'ont pas subi la même modification. A leur chute, on trouve des empreintes et des excavations sur la peau.

Plusieurs procédés ont été mis en usage pour la cautérisation de la variole; celui qu'on emploie le plus habituellement consiste à arroser la figure avec une dissolution de nitrate. L'auteur n'a jamais vu réussir ce procédé; il signale plusieurs inconvéniens qui accompagnent son application. 1.° La dissolution de nitrate d'argent répandue sur toute la face agit et sur les parties saines et sur les parties malades; 2.° les boutons varioliques se développent sous la croûte noirâtre; ils attaquent le corps muqueux et le derme aussi profondément que ceux qui n'ont pas reçu l'action des caustiques. Avec ce procédé, il devient impossible de pouvoir circonscrire l'action du caustique, quelque soin que l'on prenne pour en empêcher la diffusion.

L'observation a appris au docteur Meyranx que la manière la plus sûre de faire avorter très-promptement les boutons varioliques était de les ouvrir tous les uns après les autres, et de les cautériser avec une parcelle du nitrate d'argent, ou avec la pointe d'un crayon armée du même caustique. Il vaut mieux ouvrir ces pustules avec une lancette que de se servir d'une épingle ou d'une aiguille trempée dans une dissolution du nitrate d'argent, et qu'on introduit dans la pustule; il a toujours vu échouer ce procédé.

Une chose bien curieuse, et en même temps inexplicable, c'est que le passage du fluide galvanique, qui ne produit jamais d'inflammation sur les organes, quelle que soit son accumulation, éteint complètement les pustules varioliques. Le procédé le plus efficace pour produire presque instantanément cette modification sur les boutons varioliques, c'est de se servir d'une aiguille très-fine qu'on implante dans les saillies, et d'y faire pénétrer le fluide voltaïque. Comme le succès de la cautérisation est subordonné au succès général de la maladie, il est essentiel de ne négliger aucune des indications ordinaires. L'auteur a observé que l'application de la cautérisation ne devenait utile que quand on avait abattu l'appareil inflammatoire, soit de l'un des trois viscères principaux, soit de l'organe cutané quand l'inflammation de ce dernier tissu prédomine; la réaction générale devient plus intense, et la suppuration des boutons qui n'ont pas avorté devient plus abondante.

Ce n'est que quand on a combattu préalablement l'inflammation que la

tuméfaction diminue. Dans ces cas seulement, les caustiques resserrent le tissu de la face, produisent sa condensation, le rétrécissement de petits vaisseaux, et déterminent la répulsion des fluides qui les engorgent.

On a publié que la cautérisation prévenait l'inflammation des méninges du cerveau. L'observation nous a prouvé, dit le docteur Meyranx, à l'hôpital de la Pitié, que ce n'est qu'un moyen révulsif. Les phlegmasies des méninges, du cerveau, ne sont pas consécutives à une irritation extérieure. Ce n'est pas là le mode ordinaire d'après lequel se propage l'irritation; elle marche presque constamment des organes digestifs dans l'encéphale; toujours l'anatomie pathologique fait voir les lésions de ces derniers organes en rapport avec celle des premiers.

M. Meyranx a prouvé que les avantages de la cautérisation ne s'étendent pas seulement sur les boutons varioliques; il a encore fait l'application du même moyen avec beaucoup de succès sur la varicelle, les furoncles, les pustules vénériennes qui débutent, et quelques espèces de dartres. L'auteur cite plusieurs observations à l'appui de ce qu'il avance.

Observations sur des opinions émises dans le cahier du mois d'août 1825, *des* Archives générales de Médecine, *page* 501, *sur la courbure accidentelle de la colonne vertébrale chez les jeunes filles, sur l'insuffisance et le danger des lits mécaniques destinés à employer l'extension de la colonne vertébrale; par M.* MAISONABE.

Dans l'intérêt de la science, nous jugeons convenable de réfuter ici très-succinctement les opinions émises dans l'article indiqué par le titre ci-dessus, nous proposant de le faire en entrant dans plus de détails, dans le prochain numéro de notre Journal.

Nous dirons toutefois auparavant, que l'auteur de cet article a singulièrement blessé les convenances par ce qu'il a dit dans les pages 502, et depuis la cinquième ligne jusqu'à la dernière de la page 521 et autres; cette simple observation sera toute notre réponse.

C'est dans la page 509, premier alinéa, que se trouve la conclusion de sa dissertation, sur les courbures de la colonne vertébrale; on y voit bien clairement, bien positivement déclaré *que, quels que soient les moyens qu'on doive leur opposer avec espoir de succès, ils ne doivent avoir qu'un seul but, celui de rétablir l'équilibre détruit entre les forces musculaires antagonistes dont la colonne vertébrale est destinée à supporter l'action.*

A de telles assertions nous objectons, 1.° que l'examen des parties dont le changement *d'état*, *de forme* et *de situation*, constitue une courbure de la colonne vertébrale, prouve que ce n'est pas des forces musculaires qu'il faut s'occuper *d'abord*; mais bien, *avant tout*, du rétablissement de l'état, des formes et des situations des organes en lesquels réside actuellement le mécanisme de cette courbure.

2.° Qu'attendu que, lors même qu'on aurait le moyen de centupler les forces naturelles des muscles qui ont cédé, ce que nous n'avons pas besoin de dire être impossible, ces forces ne seraient pas suffisantes pour opérer le redressement de la colonne vertébrale empêché par la déformation des ligamens intervertébraux, déformation relative mais constante dans toutes les courbures même médiocrement prononcées, à plus forte raison dans les plus considérables.

3.° Qu'il est autant en opposition avec les lois de la mécanique qu'avec les plus simples notions de la vitalité et de la nutrition des muscles, de prétendre exciter et rétablir leur vitalité et leur contractilité avant d'avoir fait disparaître les obstacles mécaniques qu'opposent à leur situation régulière et à l'aisance dont ils doivent jouir, les courbures de la colonne vertébrale, qui, d'un côté tiennent leurs extrémités plus ou moins considérablement rapprochées, et de l'autre les éloignent.

4.° Que la colonne vertébrale devant donc évidemment être d'abord redressée, *la première*, *l'unique*, *l'essentielle* indication qui se présente, dans toute déviation de colonnes vertébrales, actuellement indépendante de maladies internes, comme cela est le plus souvent, lorsque deux ou trois années au plus se sont écoulées depuis l'origine de la déviation, *est d'agir sur l'obstacle qui s'oppose mécaniquement à ce redressement, c'est-à-dire sur la partie la plus épaisse des coins que forment actuellement plusieurs ligamens intervertébraux.*

5.° Que la meilleure manière d'agir sur ces organes est incontestablement celle par laquelle on exerce sur eux une pression exacte, continue et prolongée autant que le permet la sensibilité du malade.

6°. Que cette manière d'agir sur ces organes ne peut s'opérer efficacement que par l'extension.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, nous bornerons là provisoirement notre réfutation aux objections faites à l'application de l'extension par les lits *à mécanique*, et ce sera comme nous l'avons annoncé, dans le prochain numéro de notre Journal que nous lui donnerons les développemens dont elle est susceptible, bien que les faits seuls que nous venons d'opposer à de simples prétentions pussent suffire.

La nécessité de l'extension de la colonne vertébrale une fois reconnue, nous nous flattons que nous parviendrons facilement à prouver que pratiquée comme elle doit l'être et avec les précautions que nous indiquons, nous confirmerons le jugement que dans sa séance du 6 de ce mois l'Académie a porté sur notre lit, jugement par lequel elle a déclaré que, manié par des mains habiles, il ne peut exposer aux accidens que devraient faire redouter des appareils moins bien construits, ce qui répond pour nous d'avance à tout ce qui est d'ailleurs gratuitement reproché à l'action des divers lits à extension nommément, et conséquemment au nôtre, dont le lecteur de l'article que nous combattons prendrait au surplus une idée fort inexacte, s'il s'en rapportait à la description qui y est faite.

Nous terminerons en ajoutant que la Commission nommée par l'Académie pour examiner notre lit, n'en a pas seulement parlé dans son rapport comme d'un moyen qui ne peut produire aucun effet nuisible, manié par des mains habiles, mais qu'elle a dit de plus, que notre méthode paraissait avoir des avantages qui n'étaient pas à négliger, et qu'elle a motivé cette assertion en rapportant ce qu'elle nous en a vu pratiquer sur deux jeunes personnes, ainsi qu'on le verra dans notre prochain numéro, où nous insérerons en entier ce rapport, dont les conclusions portant proposition à l'Académie d'accorder des éloges à notre invention ont été par elle adoptées. MAISONABLE.

De l'Influence de la vaccine sur les exanthêmes de l'enfance; par M. le docteur don MANUEL GIL Y ALVENIZ. (*Voyez Periodico de la Sociedad Medico-Quirurgica de Cadix, tomo tercero, p.* 318.)

Le docteur Gil y Alveniz, qui pratique la médecine depuis vingt-six ans dans la ville de Cascante, où tous les enfans sont vaccinés peu de temps après leur naissance, affirme que la petite vérole, la rougeole et la scarlatine sont inconnues dans cette ville depuis que la vaccination est générale; tandis qu'il y a vingt-deux ans, et encore aujourd'hui dans d'autres lieux de la même plaine, entre l'Ebre et le Moncayo, ces maladies exerçaient ou exercent de grands ravages. « La population de Cascante était, dit l'auteur, réduite à un peu plus de 2,000 âmes par les » fièvres intermittentes épidémiques que produisait tous les ans le canal » impérial d'Aragon. L'accroissement de la population, la disparution » de la petite vérole, de la rougeole, de la scarlatine, et l'importation de » la vaccine datent de la même époque; et actuellement la ville de Cascante a 3,500 habitans de tous âges..... Le nombre des naissances était » (avant l'introduction de la vaccine) de 80 par année commune, et celui des enfans morts avant leur septième année de 32, c'est-à-dire de » plus d'un tiers des naissances; tandis que pour les trois dernières années, on compte, terme moyen annuel, 135 naissances et seulement 23 » morts d'enfans. »

C'est à la seule influence de la vaccination que l'auteur attribue toutes ces différences; c'est, selon lui, elle seule qui fait qu'on n'observe plus de scarlatine ni de rougeole à Cascante. Cette conclusion paraît au moins exagérée : avant qu'on ne puisse l'admettre dans toute son extension, M. Gil y Alveniz devait établir clairement que les circonstances sensibles qui peuvent influer sur la santé générale des enfans sont restées à peu près les mêmes à Cascante qu'il y a vingt-cinq ans, l'introduction de la vaccine exceptée.

Quoi qu'il en soit, les recherches extrêmement curieuses de ce médecin sont bien propres à ruiner la conclusion que M. Robert Watt a tirée des recherches qu'il a faites à Glascow, tout comme réciproquement

celles-ci montrent que l'opinion de notre confrère de la Péninsule n'est fondée que sur les résultats d'une seule localité, pendant une periode vraisemblablement trop courte, quoique double, ou à peu près, de celle qui a été examinée par le médecin écossais. VILLERMÉ.

Note sur la localisation des fonctions du cerveau.

Aujourd'hui que les fonctions du cerveau sont devenues l'objet des recherches de nos plus habiles physiologistes, il nous semble curieux de rapprocher de leurs travaux ceux d'un médecin qui écrivait il y a plus de cent ans, et qu'on s'étonne de ne pas voir cité dans nos livres modernes; de Pourfour Du Petit qui publia en 1710 des lettres sur un nouveau système du cerveau. On verra que la méthode expérimentale en médecine, qu'on a tort d'attribuer exclusivement à notre siècle, a été mise en pratique avec assez de succès avant nous, et que déjà on avait cherché à déterminer l'action de parties isolées du cerveau. Quels progrès la science n'eût point faits, si l'on eût toujours depuis suivi la marche indiquée par Pourfour Du Petit? Nous oserons même dire qu'elle est plus rigoureuse que celle qui a été adoptée par nos physiologistes actuels: ceux-ci, ce nous semble, se hâtent trop de conclure après des expériences où la nature est interrogée au milieu de la douleur et des complications d'une opération qui a intéressé *subitement* plusieurs organes avec celui dont on étudie les fonctions; aussi ne devons-nous pas être étonnés de la diversité de résultats auxquels ils sont arrivés relativement aux fonctions des différentes parties des centres nerveux; Pourfour Du Petit, au contraire, a soin de rapprocher des observations pathologiques les expériences sur les animaux. C'est après de semblables recherches qu'il est arrivé à des conclusions que nous allons rapporter, sans garantir la justesse de toutes. On doit se souvenir que Pourfour Du Petit s'est servi pour les exprimer du langage de son temps, et que son écrit a précédé de beaucoup le bel ouvrage de Morgagni: *De sedibus et causis morborum.*

« Les observations précédentes m'ont donné lieu de croire que les esprits animaux qui font mouvoir les parties du corps se filtraient dans le côté du cerveau opposé à la partie qui se meut. On peut tirer les conclusions suivantes de cette troisième observation: 1.° que le mouvement des parties se fait par les esprits animaux qui sont filtrés dans le côté du cerveau opposé à la partie qui se meut; 2.° que les esprits animaux, du moins ceux qui font mouvoir les bras et les jambes, viennent des hémisphères du cerveau et passent par les corps cannelés; 3.° que les esprits animaux qui viennent des hémisphères du cerveau ne font pas le sentiment; 4.° on pourrait peut-être encore conclure que les esprits animaux, ou du moins la plus grande partie des esprits qui vont dans le nerf optique, passent par les corps cannelés moyens, puisque notre paralytique ne voyait pas de l'œil du même côté de la paralysie, et qu'il ne paraissait

aucun changement ni dans les couches optiques ni dans le nerf optique. »

Plus loin, Du Petit, après avoir rapporté une observation pathologique qui semblerait devoir faire conclure que les esprits animaux qui font mouvoir les bras et les jambes viennent uniquement de la partie supérieure du cerveau, montre aussitôt par une expérience sur un chien que cette fonction de la partie supérieure du cerveau est très-incertaine. En effet, un chien auquel il coupa horizontalement l'hémisphère gauche du cerveau, de la partie antérieure à la partie postérieure, remuait les jambes du côté opposé ; toutefois il lès avait si faibles que, « quoiqu'il s'appuyât dessus, il ne pouvait pas faire deux pas sans tomber du côté droit; et pendant qu'il a vécu, il n'a point eu de paralysie parfaite. »

Il est bon de rappeler, à l'honneur de Pourfour Du Petit, que c'est à ce médecin que l'on doit la démonstration précise, rigoureuse de l'action croisée du cerveau, qui n'était que soupçonnée avant lui, et qu'il a démontré anatomiquement la continuité et le croisement des fibres de certaines parties de cet organe. On trouve même dans cet auteur cette opinion, regardée assez généralement comme une erreur, d'un de nos plus profonds anatomistes physiologistes, savoir que la substance grise du cerveau est la matrice de la substance blanche. « Toute la substance corticale qui se trouve dans les hémisphères du cerveau fournit, dit Du Petit, toute la partie médullaire, qui n'est qu'un amas d'un nombre infini de tuyaux dont les uns produisent le corps calleux, et les autres se rassemblent pour former les corps cannelés moyens » Nous pourrions pousser plus loin nos rapprochemens.

— Le dernier numéro d'un journal dont M. Grimaud dirige la rédaction, contient la relation abrégée d'un cas d'empoisonnement par la noix vomique, recueilli par MM. Orfila, Drogartz et moi (voyez *Archives gén. de méd.*, *mai* 1825). Notre confrère l'a fait suivre de réflexions que nous ne croyons pas devoir laisser sans réponse. Chez le sujet de l'observation dont il s'agit, il n'y avait aucune trace d'injection sanguine, soit dans le tissu du mésocéphale, soit dans la pie-mère qui le recouvre, en un mot, aucun signe d'irritation dans cette partie de l'encéphale. Mais, comme dans *un cas* analogue, M Grimaud a observé une inflammation très-vive du mésocéphale (1), il en a conclu que cette altération existait également ici, quoique nous ayions dit le contraire, et que sa disparition a résulté certainement d'un vice dans le mode d'investigation que nous avons employé ; car « *il est plus que probable*, dit-il, qu'après » avoir enlevé la dure-mère, nous avons négligé d'écarter avec beaucoup » de précautions la masse cérébrale, afin d'examiner les lésions anatomi» ques de la base du crâne surtout. »

---

(1) Les recherches expérimentales sur le système nerveux, par M. Flourens, étaient publiées depuis quelque temps quand M. Grimaud lut cette observation à l'Académie royale de Médecine.

Sans insister ici sur une assertion avancée aussi gratuitement, nous répondrons d'abord que nous n'avons pas fait l'autopsie cadavérique avec un esprit prévenu pour ou contre telle ou telle opinion; que nous avons apporté tout le soin et l'attention possibles en examinant les diverses parties du système nerveux, et en prenant justement toutes les précautions que M. Grimaud a eu la bonté de nous indiquer dans sa note; et que si nous n'avons rien observé d'analogue à l'injection vasculaire du tissu et de l'enveloppe du mésocéphale, c'est qu'il n'existait véritablement rien d'analogue. En second lieu, nous ferons remarquer que la négligence qu'il nous accuse d'avoir apportée dans l'autopsie n'aurait pu suffire seule pour faire disparaître jusqu'aux moindres traces d'une violente congestion inflammatoire dans l'épaisseur du mésocéphale, s'il en eût existé, ce qui ne nous paraît nullement probable, quand on songe à la rapidité de la mort du sujet de notre observation. Enfin, nous terminons en disant qu'il y a plus que de la légèreté à combattre par de simples présomptions un fait bien constaté; que cette manière de décider qu'on a raison est aussi arbitraire que peu convaincante, et qu'il faut plus *d'une observation* pour appuyer un principe général analogue à celui que M. Grimaud paraît vouloir établir. OLLIVIER.

Réclamation relative à la Thridace ou extrait de laitue.

A Monsieur le Rédacteur des Archives générales de Médecine. — Je viens de lire dans l'un des derniers Numéros de votre Journal, le Mémoire de M. le docteur François, sur le suc de la laitue cultivée; l'auteur ne cite que très-légèrement un médecin qui a consigné, dit-il, dans la *Gazette de Santé* de 1820, une observation où le suc de la laitue cultivée, employé conjointement avec la digitale pourprée, avait produit d'heureux effets dans un cas rebelle à d'autres hypnotiques: mais en 1819, M le docteur Bidault de Villiers, qui est ce médecin, avait inséré une note sur le *lactucarium*, ou suc de la laitue cultivée, dans le *Journal complémentaire du Dictionnaire des Sciences médicales*; il avait puisé dans les Journaux anglais l'idée de se servir de ce nouveau médicament. Dans cette première note, il donne la manière de recueillir cette substance, et il confirme avoir reconnu qu'elle est surtout très-favorable aux personnes irritables qui ne peuvent supporter l'opium. En 1820 il fit imprimer dans le même Journal un supplément à son article *lactucarium*; nous trouvons, dans cette suite de son travail, l'indication du temps le plus propice, la meilleure manière de procéder à la récolte de ce médicament, de le faire sécher, de le conserver; enfin, il nous donne l'histoire physique et médicale de cette substance: il se proposait de terminer son travail par l'analyse chimique, car il avait vu de petits crystaux se former sur cette substance; il présumait qu'ils pouvaient contenir de la morphine; les recherches des chimistes n'ont encore rien prouvé à cet égard.

Il cite ensuite plusieurs cas dans lesquels le suc de la laitue cultivée a produit un bien-être marqué, un repos sans agitation et non un sommeil de plomb ; c'est ainsi qu'il désigne le calme qu'entraîne l'opium après son usage ; il termine par des recherches savantes et intéressantes sur l'emploi que les anciens faisaient de cette plante, que déjà ils regardaient comme anodine et calmante.

Les deux notices qui font un article très-complet sur cette substance, sont consignées, l'une dans le volume V, page 337, année 1819, du *Journal Complémentaire du Dictionnaire des Sciences médicales* ; la seconde, dans le volume XIII, page 313 du même Journal ; le volume, qui est de 1822, renferme le portrait de M. le docteur François. Je ne doute nullement que M. François, compatriote de l'auteur, n'ait tout-à-fait ignoré le travail de mon ami le docteur Bidault de Villiers ; mais comme nous avons à regretter sa perte récente et prématurée, je croirais manquer à l'amitié qui nous unissait, en ne signalant pas un travail complet et intéressant, bien antérieur aux recherches de M. le docteur François, sur la thridace.

J'ai l'honneur, etc.

GILLET, D. M. P.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité clinique et physiologique de l'encéphalite, ou inflammation du cerveau et de ses suites, telles que le ramollissement, la suppuration, les abcès, les tubercules, le squirrhe, le cancer, etc.; par M. J. BOUILLAUD, D. M. P., ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société médicale d'Emulation et de l'Athénée de Médecine.

Avant d'entrer en matière, l'auteur a exposé dans une préface quelques réflexions, 1.° sur les progrès qu'a faits la médecine depuis que la physiologie et la pathologie se prêtent de mutuels secours, et ne sont plus considérées que comme deux parties d'une seule et même science ; 2.° sur la nécessité d'une théorie en médecine ainsi que dans les autres sciences, c'est-à-dire, sur la nécessité d'analyser les faits composés, de les *réduire* en *principes*, et de rapprocher ensuite les faits *simples* suivant leurs *affinités* et leurs analogies.

L'ouvrage même est divisé en deux livres ; le premier livre contient des observations particulières, au nombre de 44, sur l'encéphalite ; en raison de la variété des altérations anatomiques que l'inflammation entraîne à sa suite, ces observations ont été partagées en quatre sections ; la première

section comprend les cas d'encéphalite avec rougeur, injection sanguine, gonflement et légère *induration* de la substance cérébrale, la seconde renferme les observations d'encéphalite avec ramollissement et suppuration de la substance cérébrale, sans existence de kyste autour du pus; la troisième contient les exemples d'encéphalite avec abcès enkystés; la quatrième enfin, est relative aux cas d'encéphalite avec formation de quelque *tissu accidentel.*

Ces observations sont accompagnées de réflexions dans lesquelles l'auteur signale les rapports qui existent entre les symptômes et les altérations organiques. Les symptômes étant différens, suivant que l'altération occupe telle ou telle partie du cerveau, M. B...., essaye de déterminer, au moyen des faits, à la lésion de quelle partie de cet organe appartient tel ou tel symptôme; il revient, d'ailleurs, sur cet important objet, dans le second livre de son ouvrage. = Ce second livre contient l'histoire générale de l'encéphalite. Dans le chapitre premier, l'auteur décrit les caractères anatomiques de l'encéphalite, c'est-à-dire, les diverses altérations dont l'organisation du cerveau peut être le siége, par suite de son inflammation; quatre paragraphes sont consacrés à cette description: ils correspondent aux quatre sections dans lesquelles les observations particulières avaient été rangées; le chapitre second est consacré à la description des *caractères physiologiques* ou des symptômes de l'encéphalite; dans un premier article, l'auteur expose rapidement les symptômes de l'encéphalite générale: il fait voir qu'ils ont été confondus par la plupart des auteurs avec ceux de l'arachnitis ou de la méningite: il les divise en ceux *qui accompagnent* la période *d'irritation*, et en ceux qui constituent la période de compression, et signale en passant, l'influence de l'irritation générale et chronique de la substance du cerveau, sur les aliénations mentales. = Dans un second article, l'auteur expose, avec détail, les signes de l'encéphalite partielle, signes qu'il puise dans la lésion des fonctions sensitives, locomotrices, intellectuelles, et dans l'altération que présentent la face et la parole, considérées comme moyens *d'expression* de l'intelligence; il parcourt les différences de ces signes suivant les diverses périodes de l'encéphalite, et suivant la nature des altérations organiques. Un troisième article a pour but de déterminer les modifications des symptômes de l'encéphalite, suivant la portion du cerveau qu'elle occupe; dans cet article l'auteur démontre que la paralysie des sens et des muscles volontaires varie de siége selon que la désorganisation cérébrale dont elle est l'effet, en varie elle-même: après avoir rapporté les opinions de plusieurs observateurs, tels que Willis, Petit-de-Namur, Sabourant, Saucerotte, MM. Serres, Pinel Grand-Champs et Foville, il expose le résultat de ses propres observations; ce résultat est à-peu-près conforme à celui des observations de ces derniers auteurs, en ce qui concerne la paralysie des membres, mais M. B... a cherché à prouver, en outre, que la paralysie de la langue, considérée comme organe de la parole, dépend d'une altération de la partie antérieure du cerveau; et il

est difficile de ne pas admettre l'opinion de l'auteur à cet égard, tant sont nombreux les faits dont il l'a appuyée! Il fait observer, d'ailleurs, que la perte de la parole ne dépend pas constamment de la paralysie des muscles et des nerfs qui concourent à l'articulation des sons, mais qu'elle reconnaît aussi quelquefois pour cause la lésion de l'organe cérébral où se forment les *signes* destinés à représenter nos idées, ou si l'on veut la lésion de l'organe du langage articulé. A ce sujet, M. Bouillaud fait remarquer que ses observations confirment de la manière la plus évidente l'opinion du célèbre docteur Gall. — Dans un quatrième article, l'auteur examine si les symptômes de l'encéphalite ne diffèrent pas, suivant que l'altération affecte la substance grise ou la substance blanche de l'encéphale, et il conclut de cet examen que les faits semblent justifier l'opinion de MM. Foville et Pinel Grand-Champs, lesquels regardent la substance blanche comme l'organe des mouvemens, et la *grise* comme l'organe de l'intelligence. M. Bouillaud expose en outre quelques faits et quelques raisonnemens d'après lesquels on pourrait regarder la substance grise centrale comme l'organe du sentiment ou de la *sensibilité générale*. Enfin, dans un cinquième article, l'auteur examine les symptômes sympathiques de l'encéphalite. — Dans le chapitre troisième se trouve l'exposition des causes prédisposantes et déterminantes de l'encéphalite; M. B...... fait voir que, parmi les premières, il faut placer l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur et la phlegmasie chronique des vaisseaux cérébraux qui s'y joint si fréquemment. Dans le chapitre quatrième, l'auteur s'occupe du traitement de l'encéphalite, il parle d'abord du traitement de la première période, lequel doit consister essentiellement dans l'emploi des saignées générales et locales, de la glace et des affusions froides sur la tête : il expose ensuite les moyens qui conviennent dans les cas d'abcès du cerveau, et dans les cas où des tissus accidentels se sont développés dans cet organe: ce chapitre contient huit observations d'inflammation du cerveau terminée par la guérison, observations pour la plupart extraites de l'ouvrage de M. Lallemand et des Mémoires de l'Académie royale de chirurgie; enfin, dans le cinquième et dernier chapitre, l'auteur présente quelques considérations sur la marche, la durée, le pronostic et les complications de l'encéphalite.

D'après cette analyse, il est aisé de voir que l'auteur, en composant cet ouvrage, s'est proposé principalement de répandre de nouvelles lumières sur le diagnostic des affections cérébrales, de rallier cette partie de la pathologie à la doctrine appelée improprement physiologique, et de prouver, par des rapprochemens puisés dans l'anatomie et la physiologie, que la plupart des altérations organiques du cerveau reconnaissent pour cause première l'inflammation soit aiguë, soit chronique de cet organe; il convient, d'ailleurs, qu'il n'est guère possible, dans l'état actuel de la science, d'expliquer le mécanisme de ces altérations.

L'ouvrage dont nous venons de donner une courte analyse, comme tout ce qui sort de la plume de M. Bouillaud, est fait d'après d'excellens

principes; on y trouve beaucoup de faits, la plupart nouveaux, accompagnés de réflexions judicieuses propres à en faire apprécier l'utilité; l'auteur s'y livre à une discussion approfondie et fort intéressante sur des points obscurs de la pathologie et de la physiologie cérébrale, notamment sur la pluralité et le siége des centres encéphaliques destinés à la manifestation des fonctions sensitives, intellectuelles et locomotrices; enfin on chercherait vainement ailleurs une histoire aussi complète de l'inflammation du cerveau. L'auteur a su mettre à profit les observations publiées sur différens modes de cette maladie par MM. Rochoux, Lallemand, Rostan, Ducrot, Abercrombie, etc. Si l'on compare un pareil traité aux descriptions de l'encéphalite que l'on possédait il y a moins de 20 ans, on sera vraiment étonné des progrès que la science a faits sous ce rapport depuis cette époque. L'auteur a constamment exprimé ses opinions médicales avec une franchise qui lui fait beaucoup d'honneur. Terminons par quelques remarques critiques.

L'auteur aurait dû ne pas se borner à traiter, dans son ouvrage, de l'inflammation de la substance cérébrale: il eût été convenable qu'il y décrivît, avec le même soin, la phlegmasie des méninges. A la vérité, la description que donne M. Bouillaud, de l'encéphalite générale, s'applique exactement à la méningite, et nous pensons avec lui que les signes de ces deux phlegmasies sont absolument les mêmes, et que l'on a souvent confondu l'une avec l'autre. La distinction de ces deux maladies ne présente d'ailleurs aucune utilité pratique. Nous ne pouvons cependant penser avec l'auteur que l'encéphalite générale soit presque toujours sympathique ou consécutive, quoi qu'ait dit Bichat à ce sujet. L'auteur a omis de comparer la maladie dont il s'occupe, avec les affections que l'on désigne ordinairement sous l'expression générique de *névroses cérébrales*, telles que la folie, l'épilepsie, etc. Cette partie de son travail devenait d'autant plus nécessaire aujourd'hui, que beaucoup de médecins veulent rattacher toutes les névroses aux phlegmasies. Il nous semble aussi qu'une discussion sur les rapports, ou, si l'on veut, sur l'identité de certaines fièvres essentielles des auteurs, n'eût pas été déplacée dans l'ouvrage de M. Bouillaud; la question n'est pas tellement résolue que tout le monde soit du même avis que l'auteur sur la nature de ces fièvres. Quelques *cliniciens* font publier mensuellement des relevés qui prouvent assez le contraire. Enfin, nous ne partageons pas encore l'opinion de M. Bouillaud sur l'origine des productions accidentelles, telles que le cancer, le tubercule, etc; opinion qu'il regarde, il est vrai, plutôt comme probable que démontrée. Nous ne savons pas s'il est bien démontré que ces altérations soient constamment le résultat d'un travail inflammatoire M. Chomel a même dernièrement opposé à cette doctrine une objection qui nous paraît spécieuse, en disant que les affections considérées par tous les auteurs comme des phlegmasies pouvaient être produites par une irritation artificielle, tandis que la production des tissus

nouveaux était étrangère à cette loi (1). En effet, on peut causer à volonté un érysipèle, un phlegmon, une gastrite, etc.; et jusqu'à présent on n'a pu faire naître un cancer.

Malgré les légères imperfections que nous venons de signaler, l'ouvrage de M. Bouillaud sera lu avec beaucoup d'intérêt par les physiologistes et par les praticiens; les élèves y puiseront des notions solides et des connaissances positives. On reconnaîtra enfin que le *Traité de l'encéphalite* nous paraît très propre à confirmer la réputation de critique éclairé et d'observateur judicieux que M. Bouillaud s'est justement acquise par ses travaux antérieurs. GEORGET.

De l'Irritation et de la Phlegmasie, ou Nouvelle Doctrine médicale; par M. V.r PRUS, *docteur en médecine.*

UN chapitre, intitulé: *Théorie des propriétés vitales;* un autre sur *les théories et les définitions de l'irritation et de la phlegmasie;* un troisième, qui n'a pas de titre, mais où l'on voit que l'auteur cherche à déterminer les différences qui existent entre l'irritation et les autres maladies; un quatrième et dernier, ayant pour sujet *le traitement de l'irritation et de la phlegmasie;* voilà ce que contient l'ouvrage de M. Prus. Une *nouvelle doctrine médicale*, basée essentiellement sur une nouvelle théorie des *propriétés vitales*, pourrait bien, à la rigueur, être désignée sous le nom de *doctrine physiologique:* mais M. Prus ne le veut pas; et comme rien cependant n'est plus naturel que de donner un nom nouveau à une nouvelle doctrine, il nomme la sienne, doctrine *pathologique.* Peut-être trouvera-t-on que l'*epithète* n'est pas très-heureusement choisie pour désigner une doctrine qui prend pour fondement la physiologie elle-même, c'est-à-dire une nouvelle théorie des propriétés vitales. La doctrine de M. Prus peut être nouvelle, ainsi que le titre de l'ouvrage l'annonce; mais assurément « l'idée capitale qui domine cet » ouvrage, depuis le commencement jusqu'à la fin, n'est pas nouvelle. » Cette idée capitale, en effet, est celle-ci: « *toute maladie* dépend d'une altération des propriétés vitales. » Bichat, M. Richerand et mille autres, comme tout le monde le sait, ont avancé la même opinion. Je ne pense pas néanmoins que personne aujourd'hui veuille revendiquer la gloire d'avoir conçu cette idée capitale; car il me semble qu'on lui a substitué avec assez d'avantage l'idée capitale suivante: *toute maladie* dépend de la lésion d'un organe, d'un *tissu*, *d'une partie quelconque de l'économie;* lésion qui entraîne nécessairement à sa suite celle des propriétés vitales, tandis que celle-ci ne peut être connue indépendamment de l'autre. Mais laissons de côté l'*idée capitale de la nouvelle doctrine mé-*

(1) *Dictionnaire de Médecine*, art. *Inflammation.*

dicale de M. Prus, et passons aux *propositions* que cet auteur s'est efforcé de prouver; les voici : L'irritation et l'inflammation ont des caractères propres qui permettent de les distinguer l'une de l'autre; elles ne forment pas tout le domaine de la pathologie. Cette dernière proposition ne trouvera aucun adversaire; M. Broussais lui-même ne songera certainement pas à la combattre: il n'en est pas de même de la première; en effet, M. Prus a-t-il rigoureusement démontré que l'*irritation* et l'*inflammation* sont deux maladies essentiellement différentes? Nous ne le croyons pas. Il importerait peu sans doute que Bichat, M. Richerand, M. Broussais, etc., etc., eussent avancé que l'inflammation n'est qu'une des nuances de l'irritation, si des faits incontestables et judicieusement analysés étaient contraires à cette manière de voir; mais cette dernière circonstance n'existant pas, l'autorité de ces hommes distingués mérite bien quelque considération, et peut balancer certainement toute autre autorité. Voyons donc si les faits feront pencher la balance du côté de M. Prus. Or, si nous examinons attentivement la nature, nous observons qu'il suffit d'*ajouter* à l'irritation pour la tranformer en phlegmasie; et qu'il suffit de *retrancher* à l'inflammation pour la convertir en une simple irritation. Cette proposition est trop évidente pour qu'il soit nécessaire de la commenter; cependant M. Prus la combat. « La nature de l'inflammation et de l'irritation, dit-il, n'est pas la même : l'irritation est vitale, rien que vitale, bornée à l'altération des propriétés vitales; l'inflammation est vitale et matérielle. L'inflammation est si peu un degré de l'irritation, que jamais elle ne la suit immédiatement; il y a toujours entre elles un acte imposant, l'afflux humoral. Quelques symptômes de la phlegmasie peuvent survivre à l'irritation, et il est un certain nombre d'affections dont le caractère essentiel est une irritatation ou turgescence toujours étrangère à l'inflammation (pag. 71 et 72). » Tels sont les argumens qu'emploie M. Prus pour prouver que l'irritation et l'inflammation sont de nature différente. Quels argumens! quoi! l'*irritation* n'est rien que vitale; elle n'est pas matérielle comme l'inflammation? Si elle n'est pas *matérielle*, quel moyen avez-vous de la reconnaître? Quoi! l'inflammation ne suit jamais immédiatement l'irritation? Il y a, dites-vous, entre elles l'afflux humoral? Sans doute; mais ici vous ne considérez plus l'irritation comme maladie, vous la considérez comme cause : or, sous ce point de vue, il est bien inutile de chercher à démontrer que l'irritation et l'inflammation sont différentes; car qui jamais a pris sérieusement la cause pour l'effet, la partie pour le tout? Que si au contraire vous voulez parler de l'irritation, en tant que maladie, il est clair comme le jour qu'elle s'accompagne nécessairement d'un afflux humoral; il n'est pas possible de la concevoir autrement, et sous ce rapport, il n'est pas possible non plus de dire que sa nature diffère de celle de l'inflammation; enfin vous ajoutez qu'il existe des affections dont le caractère essentiel est une irritation ou turgescence toujours étrangère à l'inflammation. Cette proposition, vous ne la prou-

vez pas, vous dites seulement que vous y *croyez*, comme s'il s'agissait de croire en médecine et non de prouver. Pour moi, j'avoue avec la plus grande sincérité qu'il m'est impossible de me représenter les affections que vous aviez en vue en avançant cette proposition, proposition où se trouve d'ailleurs une contradiction avec ce que vous avez dit plus haut. En effet, dans cette proposition, le mot *turgescence* est employé comme synonime d'irritation : or, il n'existe pas, je crois, de turgescence sans afflux humoral ; cependant, suivant ce qui avait été dit plus haut, l'irritation existe sans afflux humoral. Il me semble maintenant que les fondemens sur lesquels repose la distinction admise par M. Prus entre l'irritation et l'inflammation ne sont pas assez solides pour que nous puissions adopter son opinion : d'ailleurs il suffira de lire la définition que l'auteur donne de l'irritation pour se convaincre qu'elle ne diffère pas essentiellement de celle qu'il donne de l'inflammation. La théorie de M. Prus, relativement à celle-ci, se distingue de celle des auteurs en ce qu'elle établit qu'il existe dans l'inflammation une augmentation de l'expansibilité (1), et non de la contractilité de la partie qui en est le siége. On ne peut s'empêcher de convenir que c'est une idée fort ingénieuse que d'expliquer l'afflux des liquides dans une partie enflammée par l'augmentation de l'expansibilité dont celle-ci est douée : il se présente seulement ici une difficulté ; c'est que nul fait positif ne démontre l'existence de cette propriété vitale, imaginée par M. Prus. L'explication que M. Prus a fondée sur l'existence de cette propriété est donc purement hypothétique : il n'est pas besoin d'ailleurs d'admettre cette propriété pour se rendre compte de l'afflux du sang vers une partie irritée ; ce liquide peut y être *attiré* par un autre moyen que l'espèce d'*aspiration* supposée par M. Prus. Il est vrai que l'on ignore encore quelle est la véritable nature de la force qui fait affluer de toutes parts le sang dans une partie irritée : on ne l'ignorerait plus si l'hypothèse de cet auteur venait à se changer en une démonstration rigoureuse. Quoi qu'il en soit de la valeur des opinions théoriques de M. Prus, nous nous plaisons à reconnaître dans cet auteur une sagacité remarquable et une grande facilité d'écrire. Il ne tenait qu'à lui de faire un ouvrage vraiment utile ; il y serait parvenu sans doute s'il se fût appliqué à recueillir de nouveaux faits, à pratiquer de nouvelles expériences, plutôt qu'à créer une nouvelle doctrine médicale par la seule *force de son imagination*, doctrine qui repose sur une théorie des propriétés vitales, c'est-à-dire sur une théorie tout-à-fait impossible dans l'état actuel de la physiologie. Nous pensons aussi qu'il s'est attaqué avec trop d'amertume contre la *doctrine* physiologique, et qu'il a traité un peu sévèrement le système de M. Broussais en le taxant de *faux et dangereux*, (pag. 257). En effet, un système qui a pour but de démontrer que l'in-

---

(1) M. Prus place l'expansibilité au nombre des propriétés vitales.

flammation est la cause la plus générale des altérations de nos organes; un système dont le premier précepte est de rechercher avec une scrupuleuse attention l'organe malade; un système qui a détruit l'ancienne doctrine des fièvres essentielles, et dont notre Bichat avait pour ainsi dire jeté les premiers fondemens, n'est pas de ceux dont on peut dire impunément qu'ils sont *faux et dangereux*. J'ai peine à comprendre comment un médecin aussi instruit que M. Prus a pu proscrire en masse un semblable système. Qu'il en montre le côté faible, qu'il en éclaire les points encore douteux, à la bonne heure: il ne recueillera que des éloges; mais nous croyons que ce n'est pas faire preuve d'une justice et d'une impartialité irréprochables que de dire avec M. Prus que le système en question est *faux et dangereux*. A la vérité, l'auteur apporte à l'appui de cette grave accusation ce trop fameux tableau de mortalité publié il y a quelques mois dans les journaux; mais une semblable pièce est aujourd'hui bien peu propre à entraîner la conviction des lecteurs, s'ils connaissent la discussion dont cette pièce fut ensuite l'objet, et les éclaircissemens présentés par M. Broussais lui-même, éclaircissemens que M. Prus n'aurait peut-être pas dû passer entièrement sous silence. J. BOUILLAUD.

Recherches nouvelles et observations pratiques sur le croup et sur la coqueluche, suivies de considérations sur plusieurs maladies de la poitrine et du conduit de la respiration dans l'enfance et dans la jeunesse; par TH. GUIBERT, *D. M. P., etc.*

Nous ne nous arrêterons pas à discuter si ces recherches ont bien le caractère de nouveauté que leur attribue leur auteur; ce qui est utile est toujours digne d'intérêt, et c'est à ce titre qu'on peut recommander l'ouvrage de M. Guibert comme une monographie bien faite du croup et de la coqueluche. Tout ce qu'il a dit peut se retrouver dans les divers ouvrages généraux ou spéciaux qui traitent de ces deux maladies si communes et si fâcheuses dans le premier âge de la vie. Ce qui était épars dans un grand nombre d'ouvrage; les vérités qui se trouvaient ensevelies pour ainsi dire au milieu des erreurs, M. Guibert a su les recueillir et les rassembler, et il a fait dans ce travail preuve d'instruction et de discernement.

La première partie de l'ouvrage est consacrée à l'histoire du croup; dans la seconde il est question de la coqueluche; chacun de ces deux articles est terminé par des histoires particulières de ces deux maladies. Peut-être M. Guibert aurait-il dû, suivant une marche plus régulière et dont l'exemple lui avait été donné par d'excellens ouvrages modernes, présenter d'abord les observations en plus grand nombre qu'il ne le fait, puisqu'il en avait beaucoup à sa disposition, et tracer d'après ces esquisses séparées le grand tableau des deux maladies. Dans la troisième partie se

trouvent des considérations un peu superficielles sur diverses affections telles que l'angine variolique, les angines laryngée et trachéale, l'œdème de la glotte, la phthisie pulmonaire. etc, mais dans lesquelles cependant se trouvent des remarques dignes de fixer l'attention des praticiens.

Relativement au croup, l'auteur professe l'opinion assez généralement répandue que cette affection consiste dans une inflammation de la membrane muqueuse des voies aériennes, inflammation dont le caractère spécial est une tendance à la formation d'une fausse membrane; disposition qui d'ailleurs s'observe dans plusieurs tissus enflammés; il pense conséquemment que cette affection doit être traitée par la méthode antiphlogistique, et cependant il admet, il conseille même avec confiance l'usage des vomitifs dans la vue de provoquer l'expulsion des fausses membranes. Cette méthode mixte me paraît impliquer contradiction, ou plutôt il me semble que les vomitifs employés à l'époque où les prescrit M. Guibert, c'est-à-dire lorsque l'inflammation est abattue par des émissions sanguines réitérées, deviennent heureusement pour le malade à-peu-près insignifians. En effet, il s'agit de détruire une phlegmasie qui donne naissance à ces productions morbides, sans quoi une étant enlevée par les secousses du vomissement il s'en formera une seconde, une troisième, etc. Lorsque l'inflammation est réduite, la fausse membrane formée à la surface de la muqueuse laryngienne s'en détache et est expulsée par l'expectoration sans qu'il soit nécessaire d'en provoquer l'issue. Je ne saurais admettre avec M. Guibert l'emploi de l'émétique comme premier moyen dans le croup, lorsque l'état des forces et du pouls n'exige pas la saignée; il agit, dit-on, en provoquant une perturbation salutaire, surtout lorsqu'il existe des signes d'un état saburral des premières voies réunis à ceux du croup; il est possible que ce traitement ait réussi quelquefois, mais il est, je crois, peu prudent de l'employer. *Sat citò, si sat tutò.*

Malgré l'espèce de prédilection qu'il témoigne pour l'émétique, l'auteur discute avec beaucoup de justesse les divers moyens proposés par les auteurs, dans la vue de dissoudre la fausse membrane formée dans les voies aériennes, moyens au choix desquels ont présidé les théories les plus erronées. Il en propose lui-même un autre, innocent il est vrai, mais qui serait très-probablement inutile, c'est le sous-carbonate de potasse, les alcalis caustiques ou la magnésie calcinée donnés à l'intérieur dans un véhicule aqueux abondant; il semble avoir oublié que le croup est une affection rapide dans sa marche, et entraînant un danger imminent, et que ces solutions demanderaient, pour agir, d'être prises en grande quantité et pendant plusieurs jours, ce qui est impraticable.

On a lieu de s'étonner de ce que M. Guibert, après avoir exposé les symptômes de la coqueluche et les lésions cadavériques que laisse après elle cette maladie, lésions qui sont toutes inflammatoires, conclue que la coqueluche est une toux nerveuse particulière de nature convulsive et intermittente, etc. On se serait attendu à le voir ranger cette maladie parmi les bronchites avec complication nerveuse, surtout en voyant

qu'elle réclame dans sa première période l'emploi du traitement antiphlogistique.

L'emploi de l'émétique ne paraît pas moins avantageux à M. Guibert dans cette maladie que dans la précédente; il est même porté à admettre avec Stoll, autorité respectable sans doute, une coqueluche bilieuse. Il faut avouer au moins que si l'administration des vómitifs n'est pas plus rationnelle dans cette maladie que dans la précédente, elle est moins dangereuse. Cependant on doit compter davantage sur l'emploi combiné des narcotiques et des révulsifs.

Je crois devoir signaler, en terminant, un fait d'observation indiqué par M. Nauche, c'est que dans les affections inflammatoires les matières exhalées par les membranes muqueuses des voies aériennes sont alcalines, tandis que celles qui sont le résultat d'une simple irritation sécrétoire sont acides. On reconnaît facilement ces diverses qualités au moyen d'un papier de tournesol; l'expérience est trop facile à faire pour que les praticiens ne s'empressent pas de la répéter; rien de ce qui peut rendre plus sûr, plus complet, le diagnostic des maladies ne doit être négligé. RATIER.

Exposition d'un cas remarquable de maladie cancéreuse avec oblitération de l'aorte, et Réflexions en réponse aux explications données à ce sujet par M. BROUSSAIS; *par* A. VELPEAU, *D. M. P.* 100 *pages in-8.° Paris, chez Béchet jeune.*

L'observation rapportée par M. A. Velpeau est intéressante sous divers rapports. Elle prouve tout-à-la-fois plusieurs points importans; 1.° l'altération des fluides dans les maladies; 2.° cette disposition propre connue sous le nom de diathèse cancéreuse; 3.° la possibilité d'oblitérer l'aorte sans entraîner la mort des membres inférieurs; 4.° enfin l'origine des cancers autrement que par une cause inflammatoire. Les raisonnemens par lesquels M. Velpeau établit cette dernière vérité, me semblent incontestables. Il discute avec bonne foi et réfute d'une manière victorieuse chacune des explications données par M. Broussais, qui, chez la femme sujet de cette observation si remarquable, prétend que les cancers, dont elle était pour ainsi dire *farcie*, ont été le résultat, sinon d'une inflammation aiguë, au moins d'une irritation chronique ou d'une subinflammation. L.

Examen médical des sympathies ou explication physiologique sur la valeur de ce mot; par C. D. LAMBERT, *interne des hôpitaux de Paris.* 100 *pages in-12, Chez Béchet jeune.*

Après avoir successivement parcouru les sympathies du cerveau, du cervelet, de la moelle épinière, des sens, des tissus, etc., M. Lambert s'est occupé d'expliquer comment les médicamens reçus dans l'estomac peuvent

transmettre aux divers points de l'économie les vertus dont ils sont doués. Il reproche à Baglivi, Barthez, Bordeu, Bichat, Broussais, etc., d'être tombés dans la même erreur en cherchant, par l'anatomie, à soulever le voile qui couvre les rapports des organes entre eux. Il trouve l'explication des phénomènes sympathiques dans la physiologie seule, et croit y être parvenu en disant que *la sympathie est un lien physiologique à l'aide duquel on peut expliquer, calculer et prévoir les anomalies sans nombre qui se présentent dans l'économie animale pendant le cours de nos maladies*. Quant à la manière dont tel ou tel médicament agit sur tel ou tel organe, il ne croit pas qu'il faille l'expliquer par l'influence sympathique de l'estomac, mais bien parce que les vertus des médicamens absorbées avec leurs molécules constituantes s'arrêtent sur tel viscère plutôt que sur tel autre, en vertu d'une force, d'une attraction, d'une affinité particulières.

Tel est en somme l'ouvrage de M. Lambert; nous le félicitons d'avoir choisi un sujet important et nous devons louer les efforts qu'il a faits pour l'éclaircir. Mais après avoir lu son travail, sait-on quelque chose de plus précis sur les sympathies? Nous ne le croyons pas. L.

Manuel du pharmacien, ou Précis élémentaire de pharmacie; par MM.* CHEVALLIER *et* IDT. *Deuxième partie. Chez Béchet jeune. Deux vol. Prix, 10 fr. 50 cent., et 13 fr. par la poste.

Cette deuxième partie comprend tout ce qui a rapport à la préparation des produits chimiques employés comme médicamens, la préparation des métaux, des sulfates, des chlorures, des cyanures, des phosphores, des oxydes, acides, sels, éthers, font partie de ce volume. Dans le chapitre huitième les auteurs ont traité des alcalis végétaux, morphine, quinine, vératrine, etc.; ils ont indiqué les préparations dans lesquelles on fait entrer ces médicamens; dans le neuvième ils ont placé les substances végétales (extraites des végétaux) qui sont médicamenteuses, mais qui ne sont pas de nature alcaline; la narcotine, la rhabarbarine, le piperin font partie de ce chapitre. Une table synonimique contient les noms anciens et nouveaux employés tour-à-tour pour désigner ces différens combinés chimiques; une deuxième table présente les abréviations et les signes le plus ordinairement employés dans les formules médicales; elle est suivie d'un tableau offrant les poids anciens et modernes et leur comparaison.

Les auteurs ont terminé ce volume par un exposé succinct des principaux médicamens qui ne doivent être délivrés que par des ordonnances signées des praticiens et de ceux qui peuvent être remis avec de certaines formalités prescrites par les lois. Cet ouvrage est utile aux élèves de chimie, aux pharmaciens et à ceux qui s'occupent de l'art de guérir.

Manuel d'analyse chimique des eaux minérales médicinales, et destinées à l'économie domestique; par M. Henry, *chef de la Pharmacie centrale des hôpitaux civils de Paris, et* Henry *fils, aide à la Pharmacie centrale, membre-adjoint de l'Académie royale de Médecine, etc., etc.*

Depuis quelques années l'histoire médicale des eaux minérales a été tracée avec la plus grande exactitude par plusieurs médecins distingués, mais il restait pour compléter leur étude à traiter *ex professo* de leur mode d'analyse. C'est ce que viennent de faire MM. Henry père et fils, en publiant l'ouvrage que nous avons sous les yeux; déjà des chimistes célèbres avaient fait insérer à diverses époques dans les ouvrages périodiques des procédés à l'aide desquels on pouvait reconnaître telle ou telle substance dans les eaux minérales, ou donné l'analyse de telle ou telle eau en particulier; mais comme leurs procédés n'étaient pas toujours applicables à toutes les eaux minérales, ils n'embrassaient pas la masse de corps qu'elles peuvent contenir; aussi est-ce avoir rendu un véritable service à la science que d'avoir présenté aux médecins, aux pharmaciens et aux élèves en médecine l'ensemble des connaissances nécessaires à l'examen de toutes les propriétés physiques et chimiques de ces eaux. Le plan de l'ouvrage est fort simple; il est divisé en cinq chapitres : le premier traite des eaux potables; le second de celles non habituellement potables et certainement insalubres, mais qui peuvent servir à d'autres usages économiques que celui de la boisson habituelle; le troisième des eaux médicinales proprement dites; le quatrième est relatif aux eaux ou sources salées, métalliques ou autres, qui peuvent mériter d'être exploitées à raison des matériaux qu'elles contiennent; la cinquième enfin comprend leur analyse; ce chapitre qui est très-étendu, est traité avec un ordre et un soin tout particuliers. MM. Henry y exposent successivement, 1.° les moyens de constater les propriétés physiques des eaux; 2.° les réactifs nécessaires pour leur examen chimique; 3.° les substances qu'ils y font reconnaître; 4.° l'essai des eaux par les réactifs ou l'analyse qui peut être faite à la source même; 5.° les expériences confirmatives des essais préliminaires par les réactifs et nécessaires pour celle des substances qu'on n'a pu bien découvrir par eux; 6.° les procédés relatifs à l'appréciation des quantités des diverses substances reconnues. Une appendice est jointe à ce chapitre; les boues minérales et médicinales en sont l'objet.

Ce simple exposé fait assez connaître la nature de cet ouvrage et les noms de leur auteur inspirent trop de confiance pour que nous croyons obligés d'en donner plus de détail. Alph. Devergie.

Manuel portatif des eaux minérales les plus employées en boisson. Un vol. in-12 de 216 pages.

Tel est le titre d'un petit ouvrage que M. Julia-Fontenelle vient de publier dans le but, dit-il, de tracer un précis chimique et médical des eaux minérales les plus employées, qui puisse servir de guide aux per-

sonnes qui font usage de ces eaux, et qui n'ont le plus souvent que des données vagues et même empiriques sur celles qu'elles se proposent de prendre. L'auteur passe donc en revue les principales sources connues, en donnant un aperçu topographique de chacune d'elles, et en indiquant les propriétés physiques, chimiques, médicales, et le mode d'administration des eaux qu'elles fournissent. Quoique la plupart de ces descriptions ne soient par conséquent qu'un résumé succinct de celles qui ont été publiées à diverses époques; elles sont en général plus complètes, M. Julia-Fontenelle y ayant rattaché tout ce qu'on a publié plus récemment sur cette matière; quelques-unes aussi sont relatives à plusieurs sources dont on n'avait pas encore parlé, parce que, n'ayant qu'une réputation locale, elles étaient peu connues; telles sont celles de Molitx, de Rennes, de Rieu-Majou, dont l'auteur a, le premier, analysé les eaux qui sont douées, suivant lui, de vertus très-énergiques. On pourrait désirer un langage plus médical dans l'exposé des propriétés attribuées aux eaux minérales dont M. Julia-Fontenelle fait mention, et il aurait dû déterminer d'une manière plus positive les cas dans lesquels elles peuvent être utiles, au lieu d'indiquer vaguement, comme on l'a fait si souvent une foule de maladies sous les noms *d'obstruction des viscères abdominaux* et *du mésentère*, de *relâchement de la fibre*, de *fièvres invétérées*, etc., etc; expressions surannées qui sont peu en harmonie avec l'état actuel de la science. L'auteur devait au moins les bannir de ses descriptions particulières, et ne pas dire par exemple, à l'article des eaux de Rennes (département de l'Aude), qu'elles sont *désobstruantes* et très-avantageuses à la fin de certaines maladies chroniques, *lorsque la nature a besoin d'un fondant tonique et apéritif pour rétablir ses mouvemens critiques et l'équilibre des forces vitales*. Quand il s'agit de moyens curatifs, il faut toujours écrire pour les médecins, tout en s'adressant aux gens du monde. Quoi qu'il en soit, le *Manuel* de M. Julia-Fontenelle sera toujours utile aux personnes qui désireront avoir une idée précise de certaines eaux minérales et des boissons auxquelles on peut les mélanger en en faisant usage. C. P. Ollivier.

Journal Clinique. Recueil d'observations sur les difformités dont le corps humain est susceptible à toutes les époques de la vie, et sur tout ce qui se rapporte en général à la mécanique et aux instrumens employés par la chirurgie; par M. **Maisonabe.**

L'entreprise de M. Maisonabe nous semble utile. Cette partie de la science, qui fait l'objet spécial de ses méditations, avait été ou négligée ou livrée à des mains empiriques. C'est toujours un avantage pour la science, que ceux qui la connaissent dans son ensemble s'attachent à quelques points particuliers. L'attention concentrée sur un objet unique doit nécessairement avoir un résultat plus favorable que lorsqu'elle est divisée. Nous rendrons compte de cet ouvrage périodique de M. Maisonabe, et ferons connaître à nos lecteurs ce qu'il renferme d'essentiel.

IMPRIMERIE DE MIGNERET, RUE DU DRAGON, N.° 20.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

OCTOBRE 1825.

Observations sur le cancer; extraites de la pratique de G. PUEL, *docteur en chirurgie, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Figeac (Lot), etc.; par* J. A. PUEL, *D. M. P., chirurgien aide-major, membre-correspondant de la Société de Médecine de la Mozelle, etc.*

MALGRÉ les nombreuses recherches dont le cancer a été l'objet, ce n'est guères que dans ces derniers temps qu'on a fait connaître le traitement qui devait lui être appliqué. C'est à la doctrine physiologique que la science est redevable de ce service.

Néanmoins, long-temps avant les travaux de M. Broussais, on avait entrevu la nature inflammatoire du cancer, et l'on avait, en conséquence, conseillé de le combattre par les moyens antiphlogistiques. Cette méthode est loin d'être nouvelle, puisqu'elle remonte à Hippocrate et que le docteur Féaron (1) en Angleterre, Hufeland en Alle-

(1) *Treatise on cancers*, etc.; c'est-à-dire, *Traité sur les cancers*, etc.; in-8.° Londres, 1804.

magne, et, plus récemment, M. Robert (1) en France, ont préconisé ce mode de traitement.

Valsalva, avant ces derniers, avait considéré les saignées répétées comme des moyens de guérir le cancer (*Morgagni, de sed. et caus. morb. Epist.* 39, n.° 35). Pouteau, de Lyon, prétend avoir obtenu souvent la guérison de cette maladie au moyen de l'eau pure et d'une diète très-sévère. Il regarde ce moyen non seulement comme curatif, mais même comme propre à prévenir sa récidive (*Œuvres posthumes*, tom. 1.er)

Le passage suivant, qu'on lit dans le Dictionnaire des Sciences médicales, est trop remarquable pour n'être pas rapporté.

« Le docteur Féaron, chirurgien de Londres, persuadé que le cancer avait *toujours* pour cause une inflammation, imagina de le traiter par les remèdes antiphlogistiques. Il faisait appliquer sur les squirrhes des sangsues tous les deux ou trois jours, à moins que l'irritation causée par les piqûres n'obligeât à mettre de plus longs intervalles entre les saignées locales. S'agissait-il d'un cancer à la matrice ou de quelque autre organe intérieur, il avait recours aux saignées générales lors-même qu'il n'existait aucun symptôme de pléthore. Il assurait que les évacuations sanguines réitérées produisaient encore de très-heureux effets et modéraient considérablement les souffrances, dans les derniers temps de la maladie, lorsque l'opium et la ciguë n'étaient plus d'aucun secours. Il astreignait d'ailleurs ses malades à une nourriture légère, composée uniquement de lait et de végétaux..... » (*Dict. des Sc. Méd.*, *vol.* 3, *pag.* 667.)

On trouve encore, dans un ouvrage de Vacher (2),

---

(1) *L'Art de prévenir le cancer au sein chez les femmes qui touchent à l'époque critique*, etc. ; un vol. in-8.° Paris, 1812.

(2) Vacher, *Dissertation sur le cancer des mamelles* ; in-12. Besançon, 1740.

imprimé vers le milieu du siècle dernier, plusieurs observations de l'efficacité du traitement antiphlogistique dans les affections cancéreuses.

Le cancer de la mamelle étant le mieux connu et le plus commun, je dois commencer par rapporter les observations que je possède sur cette espèce.

Obs. I.re—(1) Madame D.., issue de parens scrofuleux, et présentant elle-même tous les attributs de cette constitution eut une enfance valétudinaire et une puberté tardive et orageuse. Mariée à 21 ans, elle eut plusieurs enfans qu'elle allaita et qui moururent fort jeunes. A 45 ans, suppression des règles qui n'ont plus reparu, et depuis cette époque santé chancelante. A 49 ans, développement sans cause connue, dans la mamelle droite, d'une petite tumeur du volume d'un œuf de pigeon. Madame D... ne s'inquiéta que fort peu de sa maladie, parce qu'elle n'en était nullement incommodée. Mais au bout de deux ou trois ans elle avait acquis le volume d'une pomme d'api, quoique d'ailleurs elle fut complètement indolente. Un médecin conseilla l'application sur la mamelle d'un emplâtre *fondant* et les *anticancéreux* à l'intérieur. Ils furent sans résultats bien marqués pendant quelque temps; mais il n'en fut pas de même d'une pommade particulière dont on fit des frictions sur la tumeur : elle eut pour effet d'augmenter son volume et d'y développer de la douleur. Ce ne fut qu'après avoir subi un long traitement où les anticancéreux, tels que la ciguë, les mercuriaux, etc., avaient été employés tour-à-tour sans succès bien marqués, que cette dame vint consulter mon père en 1807. La tumeur mammaire avait acquis alors le volume d'un petit

(1) Les faits consignés dans cet opuscule ont été presque tous recueillis dans la pratique de mon père. Il avait été conduit par l'expérience à modifier le traitement du cancer, et à s'éloigner du sentier battu par les succès que lui avaient procurés les antiphlogistiques et les puissans révulsifs dans cette maladie.

Quatre mois de l'emploi bien régulier de cette série de moyens avaient réduit le squirrhe des trois-quarts. M. Boldou et mon père conseillèrent un voyage aux eaux de Bagnères. M.lle R...... y passa toute une saison, en continuant avec les bains de cet établissement le régime et les autres prescriptions précédemment indiqués. A son retour des eaux, le squirrhe parut avoir conservé à-peu-près le même volume : il avait acquis une densité remarquable. On proposa à cette époque à M.lle R..... d'en pratiquer l'extirpation. Elle fut faite par mon père et ne présenta d'ailleurs rien de particulier : la plaie fut guérie au bout de peu de jours. La petite tumeur extirpée était de la grosseur d'une noisette ; elle était irrégulièrement ronde et d'une dureté presque cartilagineuse. La section qui en fut faite au moyen d'un fort bistouri, fit voir qu'elle était composée d'un tissu fibreux, serré et fort dense, dont le centre était un peu ramolli.

Cette guérison ne s'est pas démentie, M.lle A..... est morte 17 ans après d'une pneumonie aiguë.

Obs. III.me — Madame L...... de Frontenac, âgée de 42 ans, fit une chute d'un lieu élevé, sur le côté gauche de la poitrine, dans laquelle le sein de ce côté porta contre un meuble ; la contusion qui en résulta céda en peu de jours aux moyens simples employés en pareil cas ; néanmoins il resta dans la mamelle un point douloureux qui ne se dissipa pas entièrement ; quelques mois après, M.me L.... en y portant la main, remarqua une petite glande du volume d'une noisette mobile, et ne développant que peu de douleur à la pression. Elle n'attacha pas beaucoup d'importance à sa maladie et ne fit rien pour sa guérison. — A 45 ans, époque de la suppression de ses règles, cette petite tumeur acquit en peu de temps et sans cause appréciable un volume considérable ; en même temps elle devint le siège de douleurs aiguës et lancinantes ; ce fut alors (1812), trois ans en-

viron depuis l'invasion de sa maladie que cette dame vint consulter mon père. Voici quel était son état : la mamelle presque double de son volume ordinaire était inégale, bosselée, d'une consistance variable dans les divers points de sa surface, ce qui fit croire un instant à une collection purulente ; le mamelon déprimé était presque effacé ; des élancemens douloureux parcouraient l'organe dans tous les sens et causaient de l'insomnie ; la malade était en proie à une *fièvre continue.*

Cette dame fut reçue dans la maison de mon père où elle fut soumise au traitement suivant, dans l'intention de la préparer à l'ablation de la mamelle, qu'il jugeait inévitable.

Le premier jour, diète absolue, saignée générale, boissons délayantes. L'amélioration étant peu sensible, le lendemain application de 15 sangsues sur la tumeur qui procurent un abondant écoulement de sang ; il en résulte une diminution sensible dans le volume de la mamelle et dans les douleurs. Les jours suivans elle fut soumise à l'action des moyens suivans : bains généraux, applications émollientes, régime lacté et végétal, purgations répétées avec les pilules de Belloste et de ciguë ; établissement d'un cautère au bras, etc. Sous leur influence la mamelle diminue progressivement de volume, les douleurs lancinantes deviennent de plus en plus rares ; alors la malade pleine de confiance et rassurée sur l'issue de sa maladie se refuse à l'opération qui lui est proposée ; mon père fut forcé de continuer le traitement qui lui avait déjà procuré tant de succès sans qu'il se flattât d'obtenir par ce moyen une guérison complète. Il eut cependant ce résultat au bout de cinquante jours environ ; cette dame vit encore et n'a pas éprouvé de récidive.

Obs. IV.me — Madame D..... jouissant habituellement d'une bonne santé et mère de trois enfans qu'elle a nourris, accoucha en 1823 d'un enfant fort et vigoureux.

qui fut mis entre les mains d'une nourrice étrangère. Pour supprimer la sécrétion du lait on conseille à cette dame l'application sur la mamelle d'un épithème où entrait la feuille de persil et autres substances irritantes; sous l'influence de ce moyen empirique l'organe s'enflamma vivement, des cataplasmes émolliens furent appliqués sur le sein; néanmoins il se forma un abcès énorme qui fut ouvert avec la potasse caustique: il fournit pendant quelques jours une suppuration abondante et de bonne nature; pour la tarir on conseille des purgatifs, et des frictions avec la pommade mercurielle dans l'intention de fondre l'engorgement mammaire. Ces moyens n'eurent pas le résultat qu'on se proposait: la suppuration persista parce qu'on ne fit rien pour combattre l'inflammation dont elle était le produit.

Madame D.... était malade depuis quatre mois environ, lorsque je fus chargé par mon père, alors malade, de lui donner des soins. Je la trouvai dans l'état suivant: amaigrissement considérable, fièvre vive résultant d'une gastro-entérite, entretenue par les purgatifs et les prétendus *fondans* qu'on lui donnait depuis le commencement de sa maladie; ulcération au sein gauche de l'étendue d'une pièce de cinq francs, inégale et grisâtre, fournissant une suppuration ichoreuse et fétide; ses bords épais et renversés étaient environnés d'un cercle érisypélateux; toute la mamelle était gonflée, dure, et le siège d'élancemens douloureux qui arrachaient des cris à cette malheureuse; je fis appliquer aussitôt 35 sangsues autour de la mamelle: elles fournirent une hémorrhagie extrêmement abondante. Lorsque je revis la malade le soir, elle reposait pour la première fois depuis plus de trois semaines; le sang coulait toujours, je recommandai d'entretenir son écoulement, et j'eus beaucoup de peine à l'obtenir du mari de cette dame, qui redoutait singulièrement la faiblesse.

Le lendemain, je trouvai la malade assise sur son séant et pleine d'espoir sur sa prochaine guérison ; elle me dit qu'elle avait éprouvé un soulagement instantané et que depuis ses douleurs étaient très-rares et bien moins aiguës. J'insistai pour que, nonobstant sa faiblesse, elle observât la diète la plus absolue ; je prescrivis un cataplasme émollient sur la mamelle et pour boisson une infusion de fleurs de guimauve sucrée avec le sirop de gomme ; le troisième jour la malade était dans l'état le plus satisfaisant ; la tumeur, considérablement diminuée, était à peine douloureuse (*diète; 15 sangsues; boisson id.*). Cette prescription fut continuée les jours suivans.

En peu de temps la plaie changea de caractère, elle fournit une suppuration de bonne nature et dans de justes limites ; enfin elle diminua progressivement. Je permis alors peu à peu les potages, les œufs, quelques légumes ; enfin je ramenai insensiblement la malade à son régime ordinaire. Au bout de 45 jours elle était radicalement guérie et avait repris de l'embonpoint et des couleurs.

La pratique de mon père me fournit encore d'autres cas analogues, mais j'ai dû, dans l'exposition de ces quatre observations, me borner à rapporter le précis des faits pour ne pas dépasser les limites que je me suis prescrites.

Le sarcocèle a peut-être autant de fréquence chez l'homme que le cancer de la mamelle chez la femme ; cela tient sans doute à la délicatesse d'organisation du testicule et peut-être aux formules empiriques qu'on est dans l'usage d'employer dans le traitement de ses maladies ; quoi qu'il en soit, en général on se presse trop de priver l'homme de cet organe lorsqu'il est en proie à la sub-inflammation ; bien souvent par un traitement méthodique bien dirigé et assez prolongé, on parviendrait à en obtenir la résolution. Les succès de M. Gama sont bien propres à encourager les praticiens à faire l'essai de sa méthode ; d'ailleurs, et ceci s'applique à toute espèce

de cancer, l'opération du squirrhe, pour être suivie de succès, ne doit être tentée qu'après avoir combattu l'irritation locale par les antiphlogistiques et les révulsifs, et lorsque la maladie ne s'est pas répétée sympathiquement dans un organe essentiel.

Obs. V.me — M. C...., directeur des postes à..... ayant eu plusieurs fois le testicule droit engorgé par suite de la métastase de l'irritation vénérienne de l'urètre, se froissa cet organe en montant à cheval. Il y éprouva à l'instant même une douleur très-vive : les symptômes inflammatoires qui résultèrent de cette contusion ne cédèrent qu'imparfaitement aux moyens qui furent employés ; néanmoins M. C..... put vaquer à ses occupations ordinaires en ayant la précaution de porter constamment un suspensoir. Le testicule, peu douloureux dans le repos, était un peu plus volumineux que le gauche ; le coït et tous les exercices un peu fatigans y développaient des élancemens douloureux qui obligeaient alors M. C..... de suspendre toute occupation et de se condamner à un repos plus ou moins long ; deux ans environ après son accident il consulta un médecin, qui ne voyant dans ces accidens que le résultat de l'excitation des organes génitaux par un coït trop souvent répété, conseilla l'abstinence des plaisirs de l'amour, l'usage des bains et des boissons émulsives. Malgré leur emploi les douleurs persistèrent, et l'examen du testicule fit voir qu'il avait acquis un volume presque double ; on crut devoir combattre ce commencement de squirrhe par les cataplasmes de ciguë et les substances décorées par les auteurs du titre d'anticancéreuses ; mais cela n'empêcha pas la maladie de s'aggraver ; le testicule acquit en peu de temps un volume considérable et tous les caractères du sarcocèle ; les douleurs, auparavant supportables et rares, se firent sentir à des intervalles rapprochés ; il s'en développa de sympathiques dans l'aîne correspondante qui se propageaient jus-

ques dans la cuisse du même côté. M. C..... plein des plus tristes pressentimens, fit appeler mon père en consultation (1813), avec deux confrères de la même ville; ces derniers réunis au médecin ordinaire du malade se prononcèrent pour la castration, et jugèrent qu'il était urgent de la pratiquer de suite. Mon père, sans se dissimuler la gravité de la maladie, émit une opinion contraire; il pensa qu'il serait peut-être possible d'éviter à M. C..... les souffrances de cette opération, et qu'il était d'ailleurs plus convenable d'essayer, avant d'en venir à ce moyen extrême, la résolution du squirrhe par les antiphlogistiques et les émolliens. Il s'autorisa auprès des Consultans de plusieurs faits analogues où l'emploi de ces moyens avait eu un plein succès. Après bien des discussions ces messieurs se rangèrent à son avis, et décidèrent qu'on ferait l'essai de ce mode de traitement avant de proposer au malade l'amputation du testicule.

M. C..... bien disposé à se soumettre à tout pour éviter une opération qu'il redoutait singulièrement, exécuta avec la plus minutieuse exactitude les prescriptions qui lui furent faites, et dont voici le résumé avec ses résultats journaliers.

Le premier *jour*, saignée du bras; régime composé de pruneaux, de potages; repos dans le lit; cataplasme émollient froid sur le scrotum.

Le deuxième jour, émétique en lavage, qui provoque quelques vomissemens et donne lieu à plusieurs selles; diète absolue. — Nul changement ne s'est encore opéré dans l'état du testicule.

Le troisième jour, 15 sangsues au périnée qu'on laisse saigner dix-huit heures; dès ce jour les douleurs deviennent plus rares et la tumeur diminue un peu.

Depuis lors, tous les deux jours application de 8 sangsues autour du testicule, et tous les quatre jours deux verres d'eaux minérales de *Cransac*, avec addition

de deux gros de sulfate de magnésie. — Sous l'influence de cette médication, d'un régime sévère, du repos absolu, des applications émollientes, le sarcocèle se trouva considérablement diminué au bout d'un mois et demi.

Ce traitement fut terminé par l'établissement d'un séton au périnée, qu'on a fait suppurer plusieurs mois; des frictions mercurielles sur le testicule; des pilules d'onguent mercuriel, de savon médicinal et d'extrait de ciguë. L'effet de ces moyens fut la résolution progressive du squirrhe; cependant je dois faire observer que le testicule a toujours conservé plus de volume et de densité que le gauche; mais les douleurs ont complètement disparu.

Trois mois entiers furent employés à ce traitement; depuis douze ans que M. C..... est guéri de sa maladie, il n'en a pas éprouvé le moindre retour.

J'ai rapporté cette observation avec plus de détails que les précédentes pour faire connaître la méthode que mon père a suivie dans tous les cas où il a été appelé à traiter cette maladie. Aujourd'hui que le traitement du cancer n'est plus soumis à l'empirisme, et qu'on raisonne mieux l'emploi des médicamens, mon père serait plus économe sans doute des prétendus fondans de la lymphe tels que le savon, le mercure, etc., qu'il a employés pour se conformer à la routine.

L'emploi méthodique des révulsifs, et particulièrement ceux qui sont pris parmi les purgatifs, procurent souvent dans le traitement du cancer des succès éclatans, lorsque l'état des voies digestives en permet l'usage.

Le fait suivant, que j'ai trouvé peu circonstancié dans les notes de mon père, est un nouvel exemple des ressources qu'offre cette méthode dans les cas qui paraissent les plus désespérés.

Obs. VI.me — Le nommé Delmas, cultivateur au village de Béduer, éprouva sans cause connue des douleurs dans le testicule gauche. Long-temps ce fut le seul symp-

tôme appréciable; cependant au bout de plusieurs mois l'organe change de forme, il devient globuleux, acquiert plus de développement et de densité : l'application d'un cataplasme fourni par un guérisseur ambulant, et dont la composition n'est pas connue, y développe une douleur excessive, une tuméfaction considérable, enfin un phlegmon qui s'ouvre à l'extérieur après avoir fait éprouver les plus cruelles souffrances à cet homme; les plaies qui en résultent restent fistuleuses et fournissent une sérosité roussâtre, corrossive, exhalant une odeur infecte. Ce fut dans cet état que Delmas se présenta à mon père dans le courant de l'année 1819, cinq ans depuis la première invasion de sa maladie, trois mois depuis l'ouverture du phlegmon. Il était pâle, défait, en proie à une phlegmasie gastro-intestinale qu'on avait agravée par divers remèdes populaires.

Cet homme fut reçu à l'hospice civil, où il entra pour subir l'opération du sarcocèle. Avant de l'entreprendre, il parut urgent à mon père de l'y disposer par un traitement préparatoire que réclamait l'état des fonctions. En examinant attentivement la partie qui était le siége du mal, il remarqua que le testicule droit, quoique un peu tuméfié, paraissait sain, tandis que le gauche, détruit en partie par la suppuration, adhérent à ses enveloppes, était réduit au quart de son volume; que le cordon testiculaire était sain malgré un peu d'engorgement; enfin que la désorganisation cancéreuse paraissait être bornée aux tégumens du scrotum et aux conduits artificiels par où s'écoulait au-dehors cette suppuration ichoreuse, et avoir épargné le testicule. En conséquence de cet examen, mon père se détermina à faire l'essai des émolliens et des antiphlogistiques avant d'en venir à la castration, sauf à pratiquer cette opération si ces moyens échouaient.

Delmas fut mis au régime des maladies aiguës ; on fit sur le scrotum une application de vingt sangsues : on bas-

sina les piqûres avec une décoction émolliente; ensuite on mit un grand cataplasme sur toute cette partie. Ces moyens furent secondés du repos dans le lit, des boissons rafraîchissantes, etc.

En peu de jours les trajets fistuleux fournirent une suppuration moins abondante qui n'avait plus de qualité corrosive; les douleurs furent aussi notablement diminuées; les sangsues, les bains de siége, des pansemens réguliers et méthodiques forment la base du traitement qui fut adopté. On évita d'administrer les anticancéreux à cause de l'irritation gastro-intestinale qui fut combattue au contraire par les saignées locales et un régime sévère. On établit un cautère à la cuisse, que le malade a conservé après sa guérison. Enfin, au bout de deux mois et demi de traitement, les petites plaies se trouvèrent cicatrisées, le testicule réduit au volume d'une petite noisette et adhérent aux tégumens, et complètement indolent. Delmas sortit de l'hôpital et fut en état de retourner dans son village où il reprit les travaux des champs.

Obs. VII.e — Le nommé Fages, du village de Montredon, âgé de 61 ans, vint consulter mon père dans le mois de janvier 1814, pour un bouton cancéreux existant sur l'aîle du nez, et qu'il portait depuis plus de dix ans sans que, depuis cette époque, il eût augmenté sensiblement de volume. Il ne put d'ailleurs donner aucun renseignement précis sur son origine et sur la cause de son développement. Mon père, cédant à ses instances réitérées, en fit l'extirpation en le cernant par deux incisions semi-elliptiques. La plaie qui résulta de cette petite opération fut rapprochée au moyen d'emplâtres agglutinatifs, et fut guérie en huit ou dix jours.

Un an environ après son retour chez lui, il se développa sur le prépuce un bouton qui augmenta progressivement d'étendue et gagna rapidement le gland. Fages consulta un prêtre (le père de S.....), fameux dans mon

département par ses cures merveilleuses. Ce médicastre appliqua sur la verge de cet homme un emplâtre où entrait, comme on l'a su depuis, de l'arsenic. Cet épithème détermina une violente inflammation qui s'étendit à tout le pénis et au scrotum, et développa une fièvre violente. Le malade, désenchanté de la science du guérisseur, consulta un officier de santé qui conseilla des lotions et des bains locaux avec une décoction émolliente. L'inflammation diminua insensiblement, plusieurs escarres se détachèrent; cependant, la plaie qui avait une grande étendue ne se cicatrisant pas, il vint de nouveau trouver mon père (septembre 1815) pour solliciter son admission à l'hospice civil. Voici quel était alors l'état de cet homme. — La verge était surmontée d'une espèce de champignon formé d'une excroissance charnue, anfractueuse, ulcérée, fournissant une suppuration sanieuse, d'une odeur infecte. Il n'existait plus aucune trace de prépuce, de gland, ni de méat urinaire; celui-ci était remplacé par trois ou quatre ouvertures sinueuses qui aboutissaient toutes au canal de l'urètre qu'on retrouvait à un pouce environ de l'extrémité du pénis. Celui-ci, ainsi transformé à son cinquième antérieur, était sain dans le reste de son étendue. Le scrotum et les testicules paraissaient également sains. Au moyen d'une sonde fine introduite par un des petits conduits fistuleux dont je viens de parler, il fut aisé de pénétrer dans la vessie. Les douleurs lancinantes qu'éprouvait le malade, la fièvre hectique à laquelle il était en proie, l'aspect de l'ulcère, la circonstance de son développement peu de temps après l'ablation du bouton cancéreux du nez, ne laissèrent aucun doute dans l'esprit de mon père sur son vrai caractère. MM. Froment, Palhosse, Delseins et Guary, réunis en consultation à mon père, décidèrent que l'amputation du pénis était la seule ressource qui restât pour mettre un terme aux souffrances du malade. Des bains locaux avec une décoction émolliente

légèrement opiacée, des cataplasmes de même nature, un régime doux, furent prescrits pendant quelques jours; ils eurent pour effet de calmer les douleurs, d'éteindre presque l'inflammation et de diminuer la suppuration; néanmoins l'opération fut décidée. Je fus chargé de la faire: elle n'offrit rien de particulier. La plaie qui en résulta était complètement cicatrisée le vingt-unième jour. Fages était encore vivant en 1823.

Peut-être aurait-on pu éviter à cette homme cette opération, si on avait persévéré dans l'emploi des antiphlogistiques et des révulsifs. En effet, l'on a vu qu'ils avaient produit une amélioration sensible. — Ce qui confirme cette supposition, c'est que la dissection de la tumeur cancéreuse me fit voir qu'elle était formée presque uniquement par le gland dont le tissu n'avait pas encore subi de désorganisation.

Obs. VIII.e — M. Al......, marchand à Figeac, âgé de 45 ans, fortement constitué, n'a eu dans sa vie d'autre maladie qu'une affection vénérienne qui a été efficacement combattue par les moyens ordinaires employés en pareil cas. Au mois de mai 1823, il remarqua sur la lèvre inférieure un petit bouton de l'étendue d'une lentille, rouge, couvert d'une croûte qui tombait ou était arrachée par le malade et qui était bientôt remplacée par une croûte nouvelle. Au bout de deux mois il en résulta une ulcération de l'étendue d'une petite pièce de 5 sols, dont la base, dure, occupait une partie de la lèvre. Sa surface était inégale, grisâtre, saignait au moindre attouchement, et était le siége d'élancemens douloureux. Ses bords, durs et frangés, étaient renversés en dehors et offraient sur quelques points des végétations analogues à celles que fait éclore la syphilis. Ce dernier caractère en imposa à un médecin, qui prescrivit des frictions mercurielles et des sudorifiques; cependant, après avoir consommé plusieurs onces de pommade mercurielle et avoir employé

plusieurs mois à ce traitement sans résultats satisfaisans, ce médecin demeura convaincu du caractère cancéreux de cette maladie et proposa l'application de la pâte arsenicale. Alors (octobre 1823), M. Al....... réclama les soins de mon père. A cette époque l'ulcère avait l'étendue d'une pièce d'un franc et toutes les apparences d'un cancer; sa base, dure, occupait la presque totalité de la lèvre. Après avoir fait appliquer, pendant quelques jours, sur sa surface, une pommade composée avec le cérat, l'extrait d'opium et de jusquiame, dans l'intention de calmer les douleurs cruelles que le malade éprouvait, il lui proposa de faire l'extirpation des parties lésées. Me trouvant à cette époque auprès de mon père, il me chargea de faire cette petite opération. Avant de l'entreprendre et après avoir pris connaissance de toutes les circonstances précédentes, je proposai l'essai des émolliens, des applications réitérées des sangsues, avant d'en venir à ce moyen extrême. Mon père se rendit d'autant plus volontiers à mon avis que maintes fois il avait retiré de bons effets de ces moyens dans des cas analogues.

Dès le jour même on les mit en usage : j'appliquai moi-même six sangsues au-dessous de la lèvre inférieure, j'en laissai saigner plusieurs heures les piqûres; ensuite je couvris la surface de l'ulcère d'un cataplasme fait avec la pulpe de pomme: le tout fut soutenu par un bandage approprié. Un régime modéré, l'abstinence de tout aliment excitant, furent prescrits. Le troisième jour je réitérai l'application des sangsues; le cinquième, depuis l'adoption de ce mode de traitement, l'ulcère avait sensiblement changé d'aspect, et les douleurs étaient calmées. Enfin, M. Al......., encouragé par les premiers succès, réclamait de nouvelles applications de sangsues, et pour seconder leurs bons effets, se soumettait volontairement à une abstinence qu'en toute autre circonstance il eût trouvée bien pénible; sa docilité fût récompensée par le

plus heureux succès : l'ulcère cancéreux diminua progressivement, et à l'époque où j'ai quitté Figeac (28 novembre), M. Al....... était radicalement guéri. Ce traitement a duré un mois et demi environ ; on a employé quatre-vingt sangsues.

Il me reste à rapporter une observation de métrite chronique ulcérée, guérie par les antiphlogistiques.

Obs. IX.e — Mon père fut appelé le 25 septembre 1817 auprès de madame P....., pour arrêter une hémorrhagie utérine qui s'était déclarée la veille. Après avoir essayé, inutilement pour s'en rendre maître, la position horizontale, le froid, les boissons froides et acides, il fit appliquer une ventouse sèche sur chaque mamelle et pratiqua en même temps une saignée du bras. Ces moyens eurent le plus heureux succès : la perte, qui commençait à faire craindre pour les jours de cette dame, fut complètement arrêtée.

Après avoir ainsi paré aux accidens les plus pressans, mon père, qui voyait pour la première fois cette malade, s'informa des circonstances qui avaient précédé sa maladie. M. P..... lui donna les renseignemens suivans. Madame P....., âgée de 32 ans, avait fait une fausse couche 18 mois auparavant ; depuis cette époque, elle éprouvait régulièrement tous les quinze jours une hémorrhagie excessive qui durait au moins cinq ou six jours. Dans l'intervalle, elle se plaignait de douleurs profondes dans le bas-ventre, les cuisses et les aînes, d'engourdissement et de crampes dans ces parties ; les douleurs augmentaient considérablement lorsqu'elle allait à la garde-robe ; la marche était pénible, surtout lorsqu'elle était prolongée ; alors elle éprouvait un sentiment de tiraillement dans les lombes, qui ne cessait que par le repos. Depuis la même époque son caractère, auparavant très-gai, était devenu chagrin et morose ; ses digestions étaient longues et pénibles ; lorsqu'elle ne perdait pas de sang, elle était su-

jette à des fleurs blanches très-abondantes; le coït toujours douloureux et souvent accompagné d'un écoulement sanguin. Le toucher, que mon père pratiqua, lui fournit les indications suivantes: le col de l'utérus, mollasse dans sa lèvre inférieure et d'une consistance médiocre dans la supérieure, se prolongeait dans le vagin; l'orifice utérin, légèrement entrouvert, permettait, sans beaucoup d'effort, l'introduction du doigt, mais non sans provoquer une douleur assez vive; en promenant l'index sur l'étendue de la lèvre inférieure, on trouvait une petite surface plus douloureuse et inégale, que mon père jugea être une ulcération très-superficielle; la matrice, un peu descendue, avait acquis plus de développement qu'elle n'en a dans l'état de vacuité; le pouls était fréquent et petit: tous les soirs il y avait une exacerbation du mouvement fébrile; le sommeil était pénible et souvent interrompu par des élancemens douloureux, mais passagers, dans l'utérus; enfin, toutes ses fonctions éprouvaient de plus ou moins grands dérangemens.

Les renseignemens qu'il venait d'obtenir, et ceux que le toucher lui avait fournis, convainquirent mon père que cette dame était en proie à une métrite chronique ulcérée, avec tous les symptômes que les auteurs attribuent au cancer commençant. Il n'y avait donc pas de temps à perdre pour prévenir la désorganisation et arracher la malade à une mort certaine. Malgré l'état avancé de la maladie et la débilité apparente de madame P....., mon père ne désespéra pas de la guérison: il conseilla un repos absolu dans une position horizontale, et, deux jours après sa première visite, il fit faire une application de vingt sangsues à la vulve; une diète presque absolue, des injections vaginales avec une décoction de mauve et de morelle; des bains de siége formèrent le traitement.

Le quatrième jour, l'état de la malade était sensiblement amélioré; le cinquième, une nouvelle application

de dix sangsues fut faite à l'hypogastre : elle eut, comme la précédente, les plus heureux résultats; d'ailleurs, le régime, les injections, etc., furent continués pendant le reste du traitement; le neuvième jour, madame P..... voulait se lever, assurant qu'elle était guérie et qu'elle n'éprouvait plus de douleurs; néanmoins, le toucher apprit que le col de l'utérus était toujours chaud; la pression n'y développait plus de douleur, et il n'offrait plus de trace d'ulcération; l'écoulement hémorroïque était presque tari (*application de douze sangsues à l'hypogastre*, *injections*, *etc.*). Malgré les instances de la malade, il ne lui fut permis de se lever qu'au vingtième jour; les bains généraux remplacèrent les bains de siége; mais le régime fut toujours sévère; enfin, au bout de cinquante jours de ce traitement dont on ne s'est pas écarté un seul instant, madame P..... a été parfaitement guérie; elle a passé le printemps à la campagne, d'où elle est revenue au bout de quatre mois avec les apparences de la meilleure santé. — Elle a eu plusieurs enfans depuis, sans que sa guérison se soit démentie.

Exposé des chances défavorables de santé et de vie qui sont dévolues aux enfans de la première année élevés dans le centre des quartiers populeux des grandes villes, et particulièrement de Paris; par C. Lachaise, *D. M. P.*

Au moment de la naissance de son enfant, les devoirs d'une mère, loin de cesser, augmentent et s'agrandissent; la nature lui impose l'obligation de le nourrir elle-même, et si toutes les femmes consultaient leurs véritables intérêts, il en est peu qui trouveraient en elles un motif légitime qui leur permît de se soustraire à l'acquittement de ce devoir. C'est-là une vérité que personne ne conteste aujourd'hui, et il n'est aucun médecin qui, s'étant parti-

culièrement occupé des maladies des femmes, n'ait cherché à la sanctionner par de nouvelles preuves et n'ait cédé à l'envie bien louable de la faire briller d'un nouvel éclat. Mais si des raisonnemens déduits des véritables lois de l'organisme et de l'enchaînement naturel des fonctions ont rendu tout-à-fait incontestables les avantages qu'on a pensé qu'une mère dût rencontrer en nourrissant elle-même, a-t-on bien apporté toute l'attention convenable à l'examen de la partie de cette importante question, qui regarde l'enfant? C'est ce dont il est permis de douter, quand on voit un si grand nombre d'enfans périr, quoique nourris par leurs mères, et un si grand nombre d'autres parvenir franchement à la fin de leur première année dans une situation opposée. Alors, si on ne se sent pas disposé à nier les avantages que retire un enfant de l'allaitement maternel, on se croit du moins autorisé à penser qu'on a exagéré les inconvéniens attachés à l'allaitement étranger, ou qu'on a négligé de préciser rigoureusement les circonstances qui pourraient rendre ce dernier préférable.

Un des motifs les plus importans de tous ceux qu'on a fait valoir en faveur de l'allaitement maternel, c'est le rapport qui existe entre les premiers besoins d'un nouveau-né et la qualité du lait que lui offre une femme accouchée récemment. Sans doute la nature, dans les opérations de laquelle on chercherait en vain quelque chose de superflu, avait un but en donnant au lait des qualités successivement différentes et en le rendant graduellement plus substantiel, il n'en faudrait d'autres preuves que les vomissemens qu'éprouvent, les premiers jours de leur naissance, la plupart des enfans confiés à des nourrices étrangères. Mais la vie d'un enfant qui vient de naître ne repose pas uniquement sur la quantité suffisante, ou sur les bonnes qualités du lait que peut lui offrir sa mère; son existence et le développement régulier de son organisation sont encore subor-

donnés à plusieurs conditions hygiéniques, dont l'oubli ou l'exécution inexacte effacerait toutes les chances favorables de bien-être et même de conservation qu'il lui serait possible de rencontrer dans l'allaitement maternel. Toutes les femmes, à la position desquelles l'absence des principales de ces conditions hygiéniques est inhérente, ne devraient pas balancer un seul instant de renoncer à nourrir elles-mêmes leurs enfans, à moins qu'elles ne voulussent leur faire payer au prix de la santé les douceurs de la tendresse maternelle, et qu'elles ne se persuadassent que quelques probabilités de mort de plus, pour eux, ne sont rien en comparaison du plaisir qu'elles éprouvent de leur prodiguer leurs soins.

Cette observation, si importante dans ses résultats, s'adresse à la plupart des femmes qui habitent les grandes villes et à toutes celles qui, vivant ailleurs, même dans une honnête aisance, sont obligées d'occuper les logemens bas, humides et obscurs des rues étroites des quartiers populeux, et d'entasser toute leur famille dans cette partie des maisons qu'on nomme l'arrière-boutique et dans les entresols, où elle reste absolument étiolée, et dont chaque individu souffre, comme on le dit généralement, en raison directe de la faiblesse de ses moyens de réaction; mais, pour parler plus physiologiquement, en raison directe de l'impossibilité où il est d'aller de lui-même se soumettre au dehors à l'action d'une cause excitante capable de former un contrepoids à la tendance qu'ont certains systèmes organiques chez les enfans à acquérir une prédominance maladive. On objectera peut-être que les enfans appartenant à la classe des ouvriers, dans les grandes villes, y devraient être affranchis de l'inconvénient attaché à l'obscurité et à l'humidité qui en est presque inséparable, en habitant les parties les plus élevées des maisons; mais ce qu'ils gagnent sous le rapport de la lumière, ils le perdent évidemment par l'étroitesse des

pièces où, renfermés pendant une journée toute entière, ils disputent très-souvent à plusieurs animaux domestiques, l'avantage de respirer quelques centaines de pieds carrés d'un air que corrompent déjà l'entassement des ordures journalières et le dépôt des différens objets, sur la vente ou le façonnement desquels repose toute l'existence de la famille.

Que les hommes véritablement philantropes visitent dans toutes les grandes villes les quartiers habités par la classe des ouvriers et des marchands peu aisés, par exemple dans Paris quelques points des troisième, cinquième, septième, neuvième et douzième arrondissemens, tels que la plupart des rues qui forment les quartiers des halles, des Lombards, des Arcis, de la Cité, etc; et quand ils auront vu l'état affreux de détérioration dans lequel y est plongé le plus grand nombre des enfans en bas âge, ils n'hésiteront pas à reconnaître que l'allaitement de ces derniers, confié à des nourrices étrangères, mais habitant la campagne, serait mille fois préférable au lait qu'ils reçoivent du sein de leurs propres mères, au milieu de tant de causes capables d'agir si défavorablement sur leur frêle organisation.

Quelque rigoureuse que paraisse, au premier énoncé, une semblable assertion, elle est cependant bien loin de reposer sur des craintes chimériques, sur de simples pressentimens, ou sur quelques idées générales déduites avec légèreté des principes d'une pure théorie; mais elle exprime une vérité dont la démonstration appartient toute entière à l'attestation à la fois si claire et si persuasive des règles de l'arithmétique. Si nous ouvrons en effet les registres de l'état civil de la ville de Paris, et que nous examinions en détail le mouvement général qu'a suivi la population pendant un espace de temps assez étendu pour fournir des données moyennes propres à exprimer une vérité générale, et surtout assez rapproché de l'épo-

que actuelle pour que ces données lui soient applicables, pendant les dix années, par exemple, qui se trouvent comprises entre 1810 et 1821, nous trouvons que sur vingt-deux mille cinq cents naissances qui forment le terme moyen annuel de toutes celles qui ont eu lieu dans cet intervalle de temps; nous trouvons, dis-je, que quatre mille cent cinquante enfans périssent dans le courant de la première année; ce qui établit entre la mortalité de cet âge et le nombre des naissances, le rapport de un à cinq et demi. Cette perte de deux enfans seulement sur onze dans Paris, tandis que dans la France entière elle n'est que de deux et demi sur huit, pourrait faire croire au premier abord que les nouveaux-nés trouvent dans les grandes villes des chances favorables de conservation, et quelques personnes ont eu l'extrême imprudence d'adopter et de chercher à répandre cette idée; mais on ne tarde pas à reconnaître qu'en concluant ainsi, on commet la plus grande erreur, quand on remarque que les quatre mille cent cinquante décès qui se présentent annuellement pour cet âge, ne portent que sur les enfans qui sont restés dans Paris et ses environs, et qui ne forment guère que le tiers de la masse totale de ceux qui y sont nés; je dis un tiers, puisque dans l'espace de temps sur lequel nous avons calculé pour les naissances, le nombre moyen des enfans envoyés à la campagne, ou mieux hors du département de la Seine, par les soins de l'administration des hospices, était annuellement de huit mille, dont trois mille de la maison de la rue Sainte Apolline, et cinq mille de l'hospice des Enfans trouvés; ce qui ne porte qu'à sept mille le nombre de ceux que les parens placent, soit par eux-mêmes, soit par les soins des sages-femmes, ou de parens habitant la campagne, soit enfin par l'intermède de quelques personnes qui en font l'objet d'une spéculation. Ainsi, en admettant que les quinze mille enfans que nous savons sortir de Paris y restassent, ils fourniraient

pour le moins une quantité de décès proportionnellement égale à celle que donnent les sept mille cinq cents restans: on aurait alors pour les enfans au-dessous d'un an, une mortalité annuelle de douze mille quatre cent cinquante; c'est-à-dire une quantité qui dépasserait de douze cent cinquante, la moitié du nombre total des naissances, qui n'est que de onze mille deux cent cinquante. Mais je dois encore faire observer que je crois faire une très-grande concession, en supposant, pour les enfans qu'on a envoyés à la campagne, le sort moyen de ceux qui sont restés à la ville; car ces derniers qui appartiennent en grand nombre à des familles, sinon riches, du moins aisées, reçoivent des soins qui manqueraient généralement aux premiers, dont la mortalité serait de toute nécessité plus grande. On ne pourrait contester cette proposition, qu'en oubliant d'abord que les huit mille enfans qu'envoie annuellement l'administration des hospices, forment réellement la masse principale des enfans des habitans les moins fortunés de la ville, et ensuite que, parmi les sept mille envoyés à la campagne directement par leurs parens, il s'en trouve un grand nombre appartenant à des marchands qui habitent dans Paris les lieux les moins favorables aux enfans.

On trouvera peut-être qu'en portant à sept mille le nombre des enfans placés hors de Paris par les soins de leurs parens, nous avons commis une exagération; il serait possible de prouver le contraire: mais réduisons-le à cinq mille, même à quatre mille cinq cents; nous aurions dans les douze cent cinquante décès qui excèdent le nombre représentant la moitié des naissances, la part qu'il fournirait à la mortalité générale, et le rapport des décès aux naissances serait alors exactement comme un est à deux; c'est-à-dire que sur deux enfans on pourrait affirmer qu'un périra. Quant à ceux qui, sortis de Paris quelque temps après leur naissance, y sont rapportés pour

cause de maladies, et y meurent, leur nombre est grand sans doute; mais il est, je pense, plus que suffisamment compensé par ceux qui, élevés dans Paris pendant huit ou dix mois, sont envoyés pour être nourris ou sévrés dans les départemens et y meurent des suites de quelques maladies dont la cause les a frappés pendant leur séjour à Paris (1).

Objecterait-on que ces différens calculs, roulant sur une série d'années dont quelques-unes ont été marquées par des événemens désastreux, ne sauraient être regardés comme pouvant fournir, par la division de leur produit général, un terme moyen annuel sur la vérité duquel on puisse compter? Je répondrai que, pour ce qui a rapport à la mortalité, j'ai particulièrement compté sur 1817, 1818, 1819, 1820, 1821; et d'ailleurs, les années les moins chargées en décès n'offrent pas, pour les enfans, un résultat sensiblement différent de celui des années les plus chargées; car le nombre moyen des décès d'individus de la première année y est toujours au-dessus de quatre mille. Si on regardait l'excédant que présentent les cinq années que je viens de désigner sur les cinq précédentes, comme se trouvant en rapport avec l'augmentation des naissances dont le nombre s'est élevé du terme moyen de quatre cents environ, il faudrait également reconnaître que les travaux publics, qui se sont exécutés dans Paris à cette époque, donnaient lieu d'espérer que la mortalité cesserait d'être à la population générale ce qu'elle était antérieurement. Il est vrai que par suite d'une disposition qui n'obtiendra sans doute pas l'approbation

(1) Le nombre de ces enfans serait infiniment moins grand si les médecins qui conseillent de les emmener hors de Paris consultaient toujours la disposition topographique des campagnes dans lesquelles on les place : tel enfant convalescent succombera sous l'influence de l'air vif qu'on respire à Versailles, et se serait assez promptement rétabli dans l'un des villages de la vallée de Montmorency, et *vice versâ*.

générale, ces différens travaux ont eu bien plus souvent pour résultat l'embellissement que l'assainissement de la ville.

Notre opinion aurait-elle besoin d'être fortifiée par de nouveaux argumens? nous en trouverions qu'on pourrait regarder comme irrévocables dans le rapprochement comparatif des tableaux des décès des départemens et de ceux de Paris? Prenons, pour objet de parallèle, un département où la fertilité du sol, la grande division du territoire et l'aisance générale qui en est la suite inévitable, engagent toutes les femmes à nourrir elles-mêmes leurs enfans ou à les faire nourrir sous leurs yeux, et à n'en recevoir que très-rarement des départemens étrangers : celui du Calvados, par exemple; et nous voyons que, d'après des documens très-exacts qui nous ont été communiqués par M. le docteur Villermé, pour les années 1821, 1822, 1823, les décès des enfans de l'âge dont nous nous occupons sont au nombre des naissances comme un et quart est à huit; c'est-à-dire que, sur soixante-quatre enfans on n'en perd que dix dans le courant de leur première année, ou autrement cinquante-quatre touchent à leur deuxième année. Ce département est loin d'être, à cet égard, dans une exception favorable; car ceux des deux Sèvres et de l'Orne offrent un résultat tout aussi satisfaisant; encore faut-il remarquer que ce dernier, par son rapprochement de la capitale, en reçoit déjà quelques enfans qui chargent ses tableaux de mortalité.

Ces différens calculs, quoique laissant encore beaucoup à désirer, suffisent néanmoins pour tourner en réalité les pressentimens défavorables qu'ont eus quelques naturalistes du succès des soins donnés aux nouveaux-nés dans les grandes villes; ils prouvent aussi que la mortalité de la première année est pour beaucoup dans l'extrême disproportion qui existe entre la probabilité de vie qui, au moment de la naissance, est dévolue à l'habitant de Paris,

cause de maladies, et y meurer … e la France
sans doute; mais il est, je pe … cherches sta
compensé par ceux qui, éle … été estimé
ou dix mois, sont envoyés … ans le seco
dans les départemens et y … mens c
maladies dont la cause l … tant
à Paris (1). … d

Objecterait-on qu
une série d'années
par des événemer … dont
dés comme pou … jusque dans se
duit général, r … point de vérité dé-
on puisse cor … considéré isolément, qui
port à la mr … xceptions quand on l'applique
1818, 18 … état de société.
moins cl … avorables que courent les nouveaux-
un résr … ades villes étant bien démontrées et recon-
plus … rrait rester quelque doute sur la nature réelle
vidr … es à l'action desquelles elles doivent être attri-
qu … s; mais, si on répartit sur chaque quartier la quantité
l pour laquelle il a contribué à former le nombre total des décès de la première année, on reconnaît que les causes que j'ai indiquées sont les véritables; c'est-à-dire qu'on trouve que la mortalité est dans un rapport constant, 1.° avec l'étroitesse, et par suite l'obscurité et l'humidité des rues; 2.° avec le nombre des marchands dont les logemens sont bornés aux rez-de-chaussées; 3.° avec l'entassement des ménages dans la même maison et la présence de quelques causes générales d'insalubrité agissant d'une manière à-peu-près égale sur tous les individus, comme le nombre des égoûts. Quelques personnes frappées de la disposition vicieuse des égoûts n'ont pas hésité à les regarder comme la cause qui agissait le plus défavorablement sur la santé des enfans en bas âge élevés dans les quartiers populeux du centre de la ville; mais il me

et celle qui est le partage des habitans de la France entière. On sait en effet que, d'après les recherches statistiques de M. Lacroix, cette probabilité a été estimée à huit ou neuf dans le premier cas, et à vingt dans le second. Quoi qu'il en soit, c'est avec de semblables argumens qu'on peut triompher de l'opinion exclusive qu'on a tant de fois émise sur la nécessité où sont toutes les femmes de nourrir elles-mêmes leurs enfans, et sur les avantages que doivent retirer ces derniers de l'allaitement maternel; qu'on peut montrer enfin qu'il n'est pas d'idée si juste dont on ne puisse abuser en la poussant subtilement jusque dans ses dernières conséquences, et surtout point de vérité déduite de la nature de l'homme considéré isolément, qui ne souffre de nombreuses exceptions quand on l'applique à l'homme vivant dans l'état de société.

Les chances défavorables que courent les nouveaux-nés dans les grandes villes étant bien démontrées et reconnues, il pourrait rester quelque doute sur la nature réelle des causes à l'action desquelles elles doivent être attribuées; mais, si on répartit sur chaque quartier la quantité pour laquelle il a contribué à former le nombre total des décès de la première année, on reconnaît que les causes que j'ai indiquées sont les véritables; c'est-à-dire qu'on trouve que la mortalité est dans un rapport constant, 1.° avec l'étroitesse, et par suite l'obscurité et l'humidité des rues; 2.° avec le nombre des marchands dont les logemens sont bornés aux rez-de-chaussées; 3.° avec l'entassement des ménages dans la même maison et la présence de quelques causes générales d'insalubrité agissant d'une manière à-peu-près égale sur tous les individus, comme le nombre des égoûts. Quelques personnes frappées de la disposition vicieuse des égoûts n'ont pas hésité à les regarder comme la cause qui agissait le plus défavorablement sur la santé des enfans en bas âge élevés dans les quartiers populeux du centre de la ville; mais il me

semble qu'ici on a voulu forcer les faits à se prononcer en faveur des raisons qu'on a allégnées pour faire sentir la nécessité d'une réforme dans la construction de ces égoûts. Éclairé autant par les observations des praticiens les plus anciens et les plus répandus de la capitale que par une juste interprétation des tables mortuaires, je persiste à croire que l'obscurité et l'humidité prolongées sont pour les enfans des causes de mort plus actives que les émanations qui s'échappent des égoûts; de telle sorte que, s'il fallait me prononcer sur les probabilités de vie dévolues à un nombre égal d'enfans de même condition, élevés dans la rue du Cadran et dans celle Guérin-Boisseau, je n'hésiterais pas à me déclarer en faveur de ceux de la première qui contient deux vastes égoûts, tandis que la seconde n'est qu'obscure. Ne pourrait-on pas croire avec raison que l'obstination que mettent la plupart des familles juives à vouloir élever leurs enfans chez elles-mêmes, dans les rues Beaubourg, Maubué, du Poirier, des Ménetriers, des Vieilles-Étuves et autres semblables qui forment le centre de leur résidence habituelle, est une des causes qui fait que le nombre des individus de leur secte a quelque peine à se soutenir au même point au milieu de l'accroissement prodigieux de la population générale. Les unions, chez eux, ne se contractant, pour l'ordinaire, qu'entre individus connus, doivent être très-productives : elles le sont en effet, car chacun de leurs mariages donne au moins, en terme moyen, cinq enfans; mais il est rare qu'ils puissent en élever trois jusqu'à la deuxième enfance.

Enfin, des différens aperçus qui précèdent, nous devons tirer les conséquences suivantes : l'allaitement maternel, étant essentiellement dans les vues de la nature, est avantageux pour une femme et pour son enfant; mais pour ce dernier, presque tout se réduit à un bien physique; aussi la privation de ce bien a-t-elle sur sa santé et par

suite sur sa vie une influence infiniment moins fâcheuse que l'absence de certaines conditions hygiéniques, telles surtout que le manque d'un air renouvelé et épuré par la lumière du soleil. Ainsi donc, confier leurs enfans à des nourrices de la campagne est une nécessité, une obligation même pour la plus grande partie des mères qui habitent les grandes villes, et particulièrement pour celles qui occupent des boutiques dans les rues étroites des quartiers populeux, aussi bien que l'allaitement maternel est un devoir pour le plus grand nombre des femmes prises indistinctement dans toutes les positions sociales. L'absence dans Paris d'un établissement public, uniquement destiné à faciliter les rapports des mères et des nourrices de la campagne, et à rendre ces rapports le moins onéreux possible, serait, à mon avis, une imperfection choquante dans l'état actuel de la société. De semblables établissemens, subissant enfin les nombreuses améliorations dont il n'est que trop aisé de voir qu'ils sont susceptibles, produiraient infailliblement sur la population de toutes les grandes villes un bien qu'on ne pourrait comparer qu'à l'influence favorable qu'exerce la vaccine sur le bonheur et les chances de longévité de l'espèce en général. L'association philantropique, connue sous le nom de Société maternelle, en destinant pour la fondation d'un établissement semblable une partie des fonds qu'elle emploie annuellement pour aider les mères indigentes à remplir les obligations que leur impose le titre de mères, remplirait bien plus sûrement l'acte de bienfaisance auquel elle s'est vouée, qu'en cherchant à fournir à ces malheureuses femmes les moyens de nourrir leurs enfans dans des conditions qui rendent tous les soins infructueux pour ces derniers, et auxquelles il est pourtant impossible de les soustraire sans les séparer de leurs mères.

En cherchant à faire ressortir les avantages que peuvent retirer de ces établissemens les habitans des grandes

villes, et particulièrement la classe industrieuse qui forme la masse principale de leur population, je suis loin cependant de méconnaître tout ce qu'a de pénible la position d'un enfant confié à une femme qui, vivant le plus ordinairement dans un état assez voisin de la misère, est obligée de partager son temps entre les soins que réclament l'enfant étranger qu'on lui confie et sa propre famille, et les travaux fatigans de l'agriculture; qui est presque toujours réduite à une nourriture insuffisante et grossière, et que l'appât du gain porte quelquefois à nourrir deux et même trois enfans à la fois. Mais enfin, quel est en dernière analyse le but des soins qu'on donne aux enfans, n'est-ce pas la conservation de la vie? eh bien! puisqu'il est prouvé que, malgré les soins de leurs mères, deux périssent sur quatre dans les logemens obscurs et malpropres des quartiers populeux, tandis que plus de trois sur cinq résistent dans les campagnes aux inconvéniens attachés à l'allaitement étranger, faut-il hésiter de se prononcer en faveur de ce dernier dans toutes les circonstances que nous avons indiquées? Faisons des vœux pour que l'autorité, reconnaissant enfin que les progrès récens de la physique médicale peuvent jeter le plus grand jour sur l'art de vivre en société, ne néglige aucun des moyens d'assainir les grandes villes; mais en attendant que ces vœux soient exaucés, signalons aux mères toutes les causes qui conspirent contre la vie de leurs enfans.

Sur quelques points d'anatomie pathologique du péritoine; par M. L. LOMBARD.

LES membranes séreuses sont-elles susceptibles de présenter de véritables éruptions pustuleuses? Le péritoine, en particulier, en a-t-il offert des traces manifestes? Les observations recueillies jusqu'à ce jour peuvent-elles servir à appuyer cette opinion? Ce sont autant de questions

à résoudre. Mais si l'on considère que l'inflammation, identique dans sa nature, ne donne jamais lieu qu'à des productions en rapport avec l'organisation des parties sur lesquelles elle se développe, au moins quand elle est aiguë, on admettra difficilement ces éruptions sur les membranes séreuses. Quant au petit nombre d'observations recueillies, je ne puis en discuter la valeur, ne les ayant pas sous les yeux; mais je crois, avec M. Scoutetten, que des tubercules ont été pris pour des pustules, et que ce qui a pu induire en erreur, a été l'apparition d'une inflammation aiguë, venant terminer une inflammation chronique, le plus souvent méconnue (1). Ce médecin décrit très-bien la nature, la forme et le siège ordinaire de ces tubercules, et quoiqu'il ne dise pas les motifs qui lui ont fait révoquer en doute la possibilité des éruptions pustuleuses du péritoine, si ce n'est de n'en avoir jamais vus, il laisse à penser qu'elles lui ont paru incompatibles avec l'organisation des séreuses. On verra, à la suite du fait que je rapporte, sur quels fondemens mes doutes sont établis, et pourquoi je partage l'opinion de cet anatomo-pathologiste.

Lefèvre, âgé de vingt-neuf ans, ayant l'ouïe obtuse, un mutisme incomplet, les facultés intellectuelles peu développées, du reste généralement bien conformé, était sujet depuis dix-huit mois à des douleurs à l'épigastre que la pression rendait plus sensibles; la langue était tantôt blanche au centre et rouge sur ses bords, et tantôt jaunâtre; l'haleine toujours fétide, la bouche amère; des nausées et de l'anorexie accompagnaient cet état. La diarrhée s'y joignait souvent, et alors se manifestaient une faiblesse et une lassitude générales, ordinairement précédées par la sécheresse de la peau et la vitesse du pouls. Ces accidens se calmaient par l'emploi de quelques sangsues, de la diète, des bains, des boissons émulsives,

(1) *Archives*, tome 4, page 390.

mucilagineuses, gommeuses, des lavemens, des cataplasmes, etc. Un régime lacté, féculent, était prescrit; le malade le suivait quelques jours, puis voulait prendre des alimens plus solides, plus excitans, et les accidens se renouvelaient. C'est ainsi que s'écoulèrent les dix-huit mois qui précédèrent l'évènement dont je vais rendre compte.

Le 2 novembre 1824, à la suite d'un déjeûner copieux, Lefèvre fut pris tout-à-coup de vomissemens, accompagnés d'anxiété, de diarrhée avec ténesme et épreintes, de douleurs abdominales atroces, de mouvemens convulsifs, de soubresauts des tendons, et dans l'instant des plus vives douleurs, du refroidissement des extrémités, de la décomposition des traits du visage, qui se couvrait alors d'une sueur froide et gluante, tandis que le pouls devenait petit et misérable. La langue était d'un rouge foncé. Dans les momens de rémission le pouls se relevait un peu, mais bientôt tous les accidens reparaissaient; la figure du malade, habituellement peu expressive, peignait admirablement la douleur suppliante; le ventre était tendu, balloné, extrêmement douloureux à la moindre pression, je crus avoir à faire à une péritonite consécutive, à un épanchement de matières fécales, qui lui-même me paraissait le terme d'une gastro-entérite chronique, terminée par perforation. Je portai un pronostic fâcheux; je prescrivis quarante sangsues sur le ventre, un bain simple, des fomentations émollientes, des boissons mucilagineuses par gorgées. Le docteur Ségalas, appelé en consultation, joignit à ces moyens des frictions sur les membres inférieurs et des sinapismes aux pieds. Aucune amélioration n'ayant eu lieu dans les symptômes, je fis réappliquer vingt sangsues quand les premières furent tombées; le malade n'avait pu supporter le bain, et son agitation continuelle ne permit pas l'usage des fomentations. Tout fut inutile, et Lefèvre expira dans des douleurs atroces, à trois heures du matin, dix-sept heures

après l'invasion de la maladie, sans que les accidens une fois développés se soient ralentis un seul instant, et sans que le malade ait perdu une minute le sentiment de ses douleurs.

Autopsie. — Dix-sept heures après la mort, le cadavre exhalait une odeur insupportable, et malgré cela la roideur des membres était extrême. A l'ouverture de l'abdomen, des gaz très-fétides s'échappèrent, une assez grande quantité de liquide séro-sanguin s'écoula; la partie du péritoine qui revêt les parois abdominales, depuis la ligne blanche jusqu'au mésentère, était recouverte d'une multitude de petits tubercules arrondis, saillans, de couleur d'ardoise, de la consistance du lard, dont la base adhérait fortement au péritoine, qui lui-même était de couleur nacrée et cependant sans épaississement considérable. Ces tubercules simulaient une éruption variolique confluente dans quelques points; la portion sus-intestinale du péritoine était d'un rose vif, et présentait çà et là de ces tubercules, mais très peu-adhérens et d'un noir foncé. La portion mésenterique sub-intestinale et les épiploons en contenaient un assez grand nombre. La portion sous-diaphragmatique en présentait aussi. Nulle trace de perforation. Les intestins grèles, dans une partie de leur étendue, d'un pied environ, étaient d'un rouge livide à l'extérieur. L'estomac ayant été ouvert, nous trouvâmes sa surface muqueuse, grisâtre et érodée dans certains points, d'un rouge foncé vers le cardia. En grattant avec le dos du bistouri l'orifice pylorique et la muqueuse environnante, nous la trouvâmes convertie en une pulpe grisâtre, d'une odeur infecte, qui laissait à nu le tissu cellullaire sous-muqueux. Le duodénum présentait la même altération, dans la portion qui fait suite au pylore; plus inférieurement cet intestin était grisâtre, mais la muqueuse ne se détachait pas. Le jéjunum et l'iléum étaient d'un rouge vif dans la plus grande étendue de leur

longueur, et présentaient plusieurs marques d'érosion; il y avait dans la portion inférieure de l'iléon une rougeur livide, avec infiltration et épaississement de ses parois correspondant aux taches livides que nous avons mentionnées ci-dessus. Le cœcum, les colons ascendant, transverse et descendant présentaient des traces de rougeur et d'érosion nettement marquées. Le colon iliaque, le rectum, n'en présentaient pas. La vessie était contractée et n'offrait rien de remarquable, non plus que le foie, les reins, le pancréas, la rate; seulement la partie du péritoine qui revêt la concavité du foie, et celle qui forme le ligament suspenseur ne présentaient pas de tubercules, mais étaient d'un gris ardoise dans toute leur étendue.

Les poumons étaient sains, il y avait seulement quelques adhérences anciennes des plèvres; le péricarde, le cœur, l'œsophage, à l'exception d'un peu de rougeur dans ce dernier, ne nous offrirent rien de pathologique.

Les accidens survenus instantanément sont-ils le produit du réveil de l'inflammation chronique du tube intestinal, qui par contiguité de tissu s'est communiquée au péritoine? L'épaississement de la portion inférieure de l'iléum semblerait assez bien l'indiquer, mais comment de ce point l'inflammation aurait-elle irradié vers le mésentère et les épiploons? Comment la portion intestinale enflammée d'une manière aiguë se trouve-t-elle être celle qui en quelque sorte a été respectée par l'inflammation chronique, puisque dans toute cette portion assez considérable nous ne trouvâmes pas de traces d'érosion? Quelle était la nature des tubercules qui garnissaient la partie du péritoine sur laquelle on ne voyait pas de traces de l'inflammation aiguë, et qui, au contraire, étaient en très petit nombre sur les parties atteintes par l'inflammation chronique; ne semblerait-il pas que l'inflammation chronique avait épuisé l'irritabilité des parties sur lesquelles elle existait, et que celles qui n'y avaient point

ou peu participé aient été plus susceptibles de se trouver atteintes d'inflammation aiguë sous l'influence d'une cause irritante nouvelle ? Peut-on considérer l'inflammation aiguë du péritoine comme ayant déterminé l'apparition des tubercules que l'on regarderait comme des pustules ou des boutons, dont la cause serait un virus inconnu, analogue à celui de la variole ? Mais la dureté lardacée de ces tubercules prouve qu'ils étaient d'origine chronique, et quelque ressemblance qu'ils aient offerte au premier abord avec de vraies pustules varioleuses, trop de caractères les en distinguent pour qu'il soit permis de leur assigner cette nature. Ils n'avaient ni l'aspect des boutons rouges et enflammés de la variole au moment de l'éruption, ni celui de pustules déprimées à leur centre et contenant de la sérosité ou du pus, qui dans cette maladie caractérisent la période de suppuration, ni enfin la moindre ressemblance avec ces mêmes pustules à l'état de dessiccation. Au reste, cela ne pouvait pas être; les membranes séreuses ne sont pas susceptibles de ce mode d'inflammation. Il ne peut se montrer que là où il existe une membrane semblable à l'épiderme et qui puisse emprisonner en quelque sorte l'exsudation séreuse, séro-purulente, ou entièrement purulente, provenant de l'inflammation du tissu qu'une telle membrane recouvre. Cela est si vrai, que l'on n'a jamais vu, que nous sachions, les pustules de la variole se former sur les plaies. Aussi pensons-nous que les faits de prétendue éruption varioleuse sur le péritoine, rapportés par les auteurs, sont analogues à celui que nous venons de faire connaître, et qu'un examen superficiel a fait prendre pour des pustules, des tubercules semblables à ceux que nous a présentés le cadavre de Lefèvre.

Extrait du rapport sur les Mémoires relatifs à l'aliénation mentale, présentés en 1825 pour obtenir le prix fondé par M. le docteur ESQUIROL (1).

LE Jury nommé par M. Esquirol a eu sept Mémoires à examiner, nous ne ferons connaître ici que ceux qui se rapportent immédiatement à la doctrine des aliénations mentales : ils sont au nombre de trois. Nous les distinguerons entr'eux par leur titre respectif. Deux de ces mémoires sont composés dans l'esprit de la médecine rationnelle et expérimentale ; le troisième, au contraire, appartient à l'école *anonyme* de ces médecins, heureusement peu nombreux, qui pensent qu'il existe des maladies sans lésion d'organe, et qui ne craignent pas d'introduire de vive force la *métaphysique* dans la médecine, comme s'ils ignoraient que les phénomènes *physiques* ou sensibles sont l'unique sujet sur lequel roule la médecine tout entière. C'est par l'analyse de ce dernier mémoire que nous allons commencer.

1.° Analyse du Mémoire ayant pour titre : *Recherches sur la distinction à établir entre l'aliénation mentale essentielle et celle qui est symptomatique des affections cérébrales.* — L'auteur « s'étonne de voir l'étude des fonctions du cerveau encore dans son enfance ; il attribue cet état d'imperfection à une direction des esprits aussi *vicieuse* que peu *philosophique*. Il serait, dit-il, resté dans le silence, si une voix intérieure ne l'avait averti de dé-

(1) Nous avons pensé que la publication d'un semblable rapport ne serait pas dénuée de tout intérêt, dans un moment surtout où plusieurs médecins français et étrangers ont fait de l'aliénation mentale l'objet particulier de leurs recherches et de leurs méditations.

fendre la dignité de notre intelligence que des hommes imprudens dégradent, ajoute-t-il, quelquefois. »

Le §. I[er] a pour objet l'aliénation mentale essentielle, ou, ce qui est la même chose pour l'auteur, « une aliénation purement morale. A celle-ci appartiennent les monomanies (la mélancolie, la nostalgie, l'érotomanie, le suicide), les accès de colère, de jalousie, de vengeance, etc. — Plusieurs physiologistes, dit l'auteur, ont pensé que toutes les fois que, par des réflexions judicieuses, des démonstrations palpables, ils ne pouvaient ramener, en peu de temps, un homme de ses idées extravagantes ou pernicieuses à des sentimens plus équitables, celui-ci se trouvait dans un état pathologique, que son cerveau était malade, et qu'il était nécessaire d'employer des remèdes physiques pour rétablir dans leur intégrité ses facultés intellectuelles. A l'appui de cette opinion, ils ont soutenu qu'au moins tous les phénomènes passifs du *moi* dépendaient de l'influence cérébrale. C'est ainsi, continue l'auteur, que nous avons entendu professer, il y a quelques années, que les idées, les désirs, les instincts, la volition, résultent de l'action des diverses parties de l'encéphale. Pourquoi avoir recours à toutes ces explications forcées pour rendre raison de ces phénomènes? Qu'on m'accorde, dit l'auteur, que ce qui sent est hors du cerveau ou seulement à côté, quoique ce ne soit pas sans lui; pourquoi les sentimens, les instincts, les passions qui découlent si évidemment de la nature ou de la force des sensations, phénomènes encore plus éloignés du cerveau que les sensations, pourquoi dépendraient-ils d'une manière directe de l'action encéphalique? » Après ces considérations préliminaires que nous avons cru devoir rapporter textuellement, pour donner une idée de l'esprit qui domine dans ce mémoire, l'auteur expose les symptômes de l'aliénation mentale essentielle, son *anatomie pathologique*, ses causes, son traitement.

Dans le §. II, l'auteur s'occupe de l'aliénation symptomatique des affections cérébrales; il place dans cette classe tous les individus qui ont des momens de vrai délire, tous ceux qui ont l'habitude de la malpropreté la plus dégoûtante, tous ceux qui, paraissant être sans délire, ont une grande activité dans les mouvemens, qui déchirent la paille, le linge placés sous leurs mains; tous ceux qui sont affectés de démence avec balbutiement, tremblement, paralysie des membres, etc. On y voit, dit l'auteur, les maniaques, la manie sans délire, de M. Pinel, plusieurs monomaniaques ambitieux.... et quelques autres individus. Le reste du mémoire est consacré: 1.° aux symptômes des affections cérébrales; 2.° à leur anatomie pathologique; 3.° à leurs causes; 4.° à leur traitement. L'auteur rapporte d'assez nombreuses observations, qui lui sont propres, à l'appui de ce qu'il avance en décrivant les altérations cérébrales. Ses conclusions définitives, sont « que le premier devoir d'un médecin d'aliénés est de reconnaître si les malades délirent ou s'ils combinent vicieusement leurs idées, ou si les deux états existent successivement sur le même individu; dans le second cas, l'examen des causes ou morales ou physiques déterminera si le traitement moral doit être placé en première ligne. Tant que durera le délire, le médecin devra recourir, sans perdre patience, aux moyens de la thérapeutique. »

Le Mémoire dont nous venons de donner une idée succincte doit fixer vivement notre attention; son titre seul, à l'époque actuelle de la médecine, est digne de remarque. L'auteur ne nous paraît pas avoir cherché directement à remplir le double but qu'il s'est proposé, savoir: de déterminer l'existence d'une aliénation mentale essentielle et d'une aliénation symptomatique des affections cérébrales, et de signaler les caractères distinctifs de chacune de ces deux classes d'aliénations. Pour quelle raison l'auteur admet-il une aliénation mentale *essentielle*, c'est-

à-dire, suivant son langage, une *aliénation*, une *folie toute morale?* Est-ce sur des faits incontestables que repose cette étrange opinion, cette sorte d'hérésie médicale? non sans doute. A la vérité, en parlant de l'anatomie *pathologique* de la folie morale, l'auteur rapporte que sur huit individus qu'il a ouverts avec grand soin, il n'a pu découvrir aucune lésion correspondante aux symptômes. Mais il n'est pas inutile de savoir que de huit cerveaux que l'auteur a examinés, l'un était un peu mou, l'autre très-dense et renfermant un tubercule environné de grumeaux de sang, et deux autres très-*sains* et très-*denses*, si tant est que des cerveaux puissent être à la fois très-*denses* et très-*sains*. Un neuvième individu avait sur les deux côtés de la faux cérébrale la méningine épaissie, opaque, infiltrée et recouverte de quelques fausses membranes blanchâtres. Cependant, notre auteur pense qu'il est probable que cette altération est étrangère à l'aliénation. Sur trois mélancoliques qui parlaient peu ou pas du tout, et qui paraissaient ne pas penser davantage, enfin sur un idiot, l'auteur a trouvé également le cerveau très-*ferme*, ce qu'il attribue à l'inaction des facultés intellectuelles, et ce qu'il se garde bien de regarder comme cause de l'aliénation. *Quoi qu'il en soit, dit-il, on ne saurait disconvenir que les résultats de l'anatomie pathologique ne favorisent beaucoup notre opinion qu'il existe des aliénations sans lésions cérébrales.* Certes, on ne saurait disconvenir non plus que l'auteur ne se montre pas difficile dans l'exposition et le choix de ses argumens. Cette opinion ne trouvera pas toujours des esprits aussi complaisans que celui de son auteur. Celui-ci blâme, en commençant son Mémoire, la direction que l'on suit aujourd'hui dans l'étude des fonctions cérébrales. Espère-t-il donner à cette étude une direction moins *vicieuse* et plus *philosophique*, en admettant que les fonctions du cerveau ne sont aucunement altérées dans la maladie qu'il désigne sous le nom

d'aliénation mentale *essentielle?* Il nous apprend qu'il n'a pris la plume que pour défendre la dignité de notre intelligence que quelques imprudens dégradent, dit-il, quelquefois; et pour toute preuve de cette intention, bien honorable sans doute, il place dans notre intelligence une maladie qui ravale cette sublime, mais fragile faculté au niveau, pour ne pas dire au-dessous de celle de la brute ellemême. L'auteur n'a sans doute pas réfléchi où pouvait le conduire une pareille doctrine; car, s'il admet que le *principe inconnu* qui nous anime peut être malade, comment concilier cette opinion avec l'inaltérabilité, l'immortalité même qui fait le caractère essentiel de cette substance divine?

L'auteur croit-il avoir expliqué d'une manière bien lumineuse les inexplicables phénomènes de l'entendement, en supposant *que ce qui sent* est hors ou à côté du cerveau? Ou nous nous trompons fort, ou ce n'est pas par une semblable méthode que l'on parviendra quelque jour à dissiper les ténèbres qui couvrent encore la doctrine des aliénations mentales. A la classe des sujets atteints de l'aliénation mentale essentielle se rapportent, dit notre auteur, les mélancoliques, les nostalgiques, les suicides, les hommes sujets aux plus violens accès de fureur, etc. D'après cette idée, le tigre, le lion, le léopard, seraient plus susceptibles que l'homme le plus féroce d'une aliénation mentale *purement morale*. Une telle conséquence suffit pour nous faire apprécier à sa juste valeur le principe dont elle émane.

La doctrine que nous signalons ici nous conduirait à beaucoup d'autres conséquences, qui répugnent également à la saine physiologie et à la saine médecine. Mais nous ne croyons pas devoir suivre plus long-temps l'auteur dans cette partie de son mémoire. Il nous permettra de lui rappeler que l'objet de la médecine est l'homme, considéré dans la partie matérielle dont son *double être* est

composé, et que placer le siége des maladies hors des organes, c'est, si j'ose m'exprimer ainsi, anéantir la médecine; car cette science ne saurait exister, du moment où l'on transporte les maladies hors du *sujet* dont elle s'occupe, c'est-à-dire hors de l'organisation, en un mot, dans les espaces imaginaires. Les mystères de cette admirable organisation offrent à notre esprit un champ de recherches assez vaste, sans qu'il nous soit besoin de porter un pied téméraire dans les hautes et ténébreuses régions de la métaphysique, régions stériles où l'intelligence n'ayant plus les sens pour l'éclairer, et privée du fil conducteur de l'observation, s'agite vainement dans le vide des abstractions. Non, la folie n'a point son siége *hors* ou *à côté* du cerveau; si elle en a véritablement un, comme nous le pensons, c'est dans le cerveau lui-même qu'il faut le chercher; que les traces souvent fugitives de cette obscure maladie puissent se dérober à nos regards et à nos instrumens d'observation, à la bonne heure; mais pour n'être pas visibles, il ne faut pas en conclure qu'elles n'existent pas.

Nous sommes d'autant plus affligés que l'auteur du Mémoire qui nous occupe ait pris une *direction si peu philosophique*, que dans la partie où il étudie l'aliénation mentale symptomatique, il a fait preuve d'un talent distingué, soit pour la description des symptômes, soit pour celle des altérations anatomiques, soit enfin pour ce qui est relatif au traitement. Nous avons seulement remarqué une chose : c'est que dans une longue dissertation sur les affections cérébrales, on ne rencontre pas une seule fois le nom de phlegmasie ou d'inflammation. Nous n'eussions peut-être pas fait cette remarque si, dans les Mémoires qui nous restent à examiner, des affections tout-à-fait semblables, tant par les symptômes que par les lésions organiques, n'avaient été rapportées à l'inflammation. Il paraîtrait que l'auteur de ce Mémoire a pour l'expression

de phlegmasie une véritable antipathie, ou plutôt qu'il la regarde comme devant être rayée du nombre de celles qui servent à indiquer la nature des maladies cérébrales.

2°. Analyse du Mémoire ayant pour titre : *Essai sur la nature de l'aliénation mentale.* — Trouve-t-on dans l'encéphale des aliénés, des altérations constantes? si on en trouve, quelle est la nature de ces lésions? quel est leur rapport avec les symptômes? Tel est le triple problème que l'auteur de ce Mémoire s'est proposé de résoudre. Le travail que nous allons analyser est partagé en trois articles.

Le premier article roule sur l'anatomie pathologique tout entière de l'encéphale et de ses dépendances. L'auteur, après avoir divisé les altérations du cerveau en celles qui affectent la substance grise et en celles qui intéressent la blanche, les décrit avec les différences qu'elles présentent, suivant qu'elles sont aiguës ou chroniques, légères ou graves, générales ou partielles. Il dit que la substance, *improprement* appelée *grise*, offre dans l'état normal trois ou quatre couches: l'une superficielle, pâle, de couleur d'amidon; deux moyennes, blanches, à peine perceptibles; enfin une quatrième, plus colorée que les deux autres et ressemblant à la rose des haies. Les altérations cérébrales sont l'injection, la *turgescence*, l'augmentation de consistance, la mollesse, le ramollissement, l'ulcération, l'induration, l'hypertrophie, l'atrophie du cerveau, les productions accidentelles, les hémorrhagies de ce viscère. L'auteur décrit, en parlant des ulcérations du cerveau, une altération que M. Esquirol a eu occasion d'observer quelquefois dans les cas d'induration du cerveau, et qui mérite d'être signalée ici; elle consiste en ce que le tissu cérébral est comme criblé de trous et de cavités qui lui donnent une espèce de ressemblance avec le *fromage de Gruyère.*

N'oublions pas de dire que l'auteur regarde toutes les

altérations que nous venons d'indiquer comme des effets d'une phlegmasie soit aiguë, soit chronique.

A la suite de ces altérations, il décrit celle des enveloppes osseuse, fibreuse, séreuse du cerveau, et les attribue à la même cause. Il rapporte enfin quelques exemples de lésion organique des nerfs cérébraux. Le *deuxième article* contient trente-sept observations succinctes, toutes désignées sous le titre commun d'encéphalite, et relatives 1.° au délire aigu (3 *obs.*); 2.° à la manie aiguë (7 *obs.*); 3.° à la monomanie aiguë (5 *obs.*); 4.° à la monomanie chronique (2 *obs.*); 5.° à la démence simple (6 *obs.*); et 6.° à la démence compliquée (14. *obs.*) Ces observations sont accompagnées de réflexions qui ont pour but d'établir que les maladies indiquées, savoir: le délire aigu, la manie, la monomanie, la démence, ne sont autre chose qu'une encéphalite de degrés différens. Le *troisième article* n'est que le résumé des deux précédens, avec l'exposé des conséquences qui dérivent des faits que l'auteur a présentés. Après avoir rappelé les symptômes observés pendant la vie des malades et les altérations cérébrales trouvées après la mort, l'auteur s'efforce de démontrer de nouveau que ces symptômes et ces altérations appartiennent à une *phlegmasie d'intensité variable*, et il conclut enfin, 1.° que l'on trouve dans le cerveau des aliénées mortes avec leur folie, des altérations constantes; 2.° que ces lésions sont le résultat d'une inflammation à différens degrés; 3.° qu'il existe un rapport entre les symptômes et les altérations organiques, et que les noms de *manie*, *monomanie* et démence ne peuvent être employés qu'autant qu'ils représentent le degré et la période de l'encéphalite.

Ainsi donc l'auteur a résolu, par l'affirmative, les trois questions qu'il s'était proposées. Il était placé dans des circonstances très-favorables pour éclairer ces importantes questions, puisqu'il est possesseur, dit-il, de

plus de cent observations d'individus aliénés dont il a fait l'ouverture du corps. Toutefois il nous est difficile d'adopter les conclusions de l'auteur, dans toute l'extension qu'il leur donne. Il est vrai qu'il a suivi la bonne manière d'argumenter en médecine, c'est-à-dire, qu'il n'a employé pour tout argument que des faits. Mais ce sont précicément ces faits qui ne nous paraissent pas à l'abri d'objections très-graves. Effectivement, chez plusieurs des malades, les symptômes observés pendant la vie et les altérations rencontrées après la mort, n'avaient pas une connexion directe avec l'aliénation mentale, mais bien avec des phlegmasies accidentelles, pour la plupart aiguës, greffées, pour ainsi dire, sur l'affection cérébrale d'où dépendait l'aliénation mentale; et néanmoins l'auteur se sert de ces observations pour prouver que les symptômes et les observations dont il s'agit dépendaient essentiellement de l'aliénation mentale. On conçoit qu'une méthode logique de ce genre n'est pas assez rigoureuse pour entraîner une couviction profonde. Nous ajouterons que les faits rapportés par l'auteur, quoique d'ailleurs intéressans, sont, pour la plupart, privés de détails importans, et que les réflexions qui les suivent ne sont pas toujours marquées au coin d'une saine analyse. Les observations contenues dans ce Mémoire sont nombreuses, à la vérité; mais, ainsi que l'a dit si judicieusement l'illustre Morgagni, *non numerandæ sed perpendendæ sunt observationes*. Or, mises dans la balance, quelques-unes des observations dont nous nous entretenons, pourraient bien n'avoir pas le *poids* nécessaire pour constituer des observations telles que Morgagni les exigeait, telles que la médecine les exige impérieusement aujourd'hui. C'est ainsi que beaucoup des observations qu'il a rapportées à la manie aiguë, sont bien moins des exemples de manie proprement dite, que des cas de véritable encéphalite; or, c'est précisément cette sorte de confusion qu'il était

important d'éviter, pour parvenir à quelque résultat positif sur la nature de l'aliénation mentale. Du reste, l'auteur, dont nous venons d'examiner le travail, mérite des encouragemens pour l'ardeur avec laquelle il s'est livré aux recherches si pénibles et si délicates de l'anatomie pathologique de l'encéphale.

3.° Analyse du Mémoire intitulé : *de l'Épilepsie considérée dans ses rapports avec l'aliénation mentale.* — Ce Mémoire se compose de quatre parties. La première est un tableau d'autopsies d'épileptiques, d'épileptiques-aliénées, d'aliénées, et d'individus affectés de maladies cérébrales qui se rapprochent de l'épilepsie et de l'aliénation mentale; autopsies accompagnées des conclusions qui en découlent. La seconde partie est un tableau d'observations d'épileptiques-aliénées, rangées dans un ordre méthodique propre à offrir la grande différence des observations; observations suivies de conclusions. La troisième partie est un tableau des causes tant occasionnelles que prédisposantes, avec des conclusions. La quatrième partie, enfin, renferme quelques considérations générales sur le traitement des deux maladies.

La première partie contient quatre observations de sujets affectés d'épilepsie simple; quatorze autopsies de sujets affectés d'épilepsie compliquée d'aliénation, et dix autopsies d'individus aliénés: il s'y trouve en outre dix-huit cas d'affections cérébrales extraites de Morgagni et de l'ouvrage de M. Lallemand. Nous allons rapporter cinq observations recueillies par l'auteur, sous les yeux de M. Esquirol.

Obs. I.re — *Induration, encéphalite sur-aiguë intense, démence, épilepsie.* — Saillant, âgée de 20 ans, habituellement chagrine et furieuse par suite d'épilepsie, car auparavant elle avait le caractère très-doux, était tombée en démence le 26 mai 1825. Ses règles n'ayant paru qu'un jour, violent accès d'épilepsie. Il se renouvela dix et

quinze fois dans la journée. La stupeur lui succède ; coma profond et presque continuel. Si on la remue elle pousse des cris sourds sans qu'on puisse la réveiller. Ses yeux sont à demi-ouverts, ternes ; agitation des membres inférieurs portée au point que la malade jette automatiquement ses couvertures, et tombe par terre. Raideur du tronc simulant l'opisthotonos. Après vingt jours de durée, la malade succombe, ayant eu presque jusqu'à la fin des attaques épileptiformes, mais moins fréquentes et moins fortes : ce n'était plus qu'une contracture légère du bras, avec serrement de la mâchoire.

Autopsie cadavérique. — 1.° Méningite légère; 2.° substance grise superficielle, turgescente, épaisse et résistante, se détachant sous forme de membrane; couche profonde couleur de chair, pointillée, se raclant comme une pulpe un peu dense ; 3.° injection sablée de la substance blanche; c'est un type d'induration. Substance grise centrale et cérébelleuse, vivement colorée et consistante.

Obs. II.e — *Induration, encéphalite sur-aiguë, démence, gêne des mouvemens, épilepsie.* — Carpentier, âgée de 32 ans, est prise de manie avec fureur. La manie persiste long-temps. On retira la malade plusieurs fois de l'hospice, sans être guérie. Au bout de deux ans, démence avec excitation tous les mois, puis avec des mouvemens convulsifs, forçant tout le corps à une roideur tétanique. Les accès duraient un quart-d'heure, le coma survenait après. Le 7 janvier 1825, époque de ses règles, nouvel accès. C'est une raideur avec tension excessive des membres ; saillie de la langue, insensibilité générale, et occlusion des paupières.

Autopsie cadavérique. — 1.° Méningite avec exhalation roussâtre dans la cavité de l'arachnoïde ; 2.° injection vive et rosée de la substance grise, en général ; elle est molle

et adhérente sur le cervelet. Densité, injection avec pointillement, et stries rosées du reste du tissu cérébral.

Obs. III.e — *Encéphalo-méningite avec ramollissement chronique, démence et abolition des mouvemens.* — Souvré, âgée de 32 ans, entre en décembre 1823, pour une manie, avec difficulté dans la prononciation et station peu aisée. Elle cessa d'être maniaque, et tomba en démence il y a un an. Les fonctions intellectuelles étaient lentes; les mains devinrent inhabiles et maladroites, la marche plus difficile; elle pouvait comprendre tout ce qu'on lui disait de relatif à sa situation.

En mai 1825, elle fut prise des symptômes d'une violente phlegmasie abdominale. Les mouvemens deviennent plus gênés; les symptômes généraux ne répondent nullement aux symptômes locaux de l'abdomen, de sorte que la maladie paraît fort obscure. Mort après huit jours d'abattement physique et moral.

Autopsie cadavérique. — 1.° Méningite violente avec suppuration d'un caillot fibrineux qui remplit la cavité des vaisseaux veineux du cerveau. Les membranes sont infiltrées de sérosité blanche. 2.° Substance grise, très-rouge, très-injectée; on y suit des veines remplies de sang liquide; elle est consistante supérieurement; inférieurement elle est molle et adhérente. A la partie antérieure et supérieure du lobe frontal gauche, existe un ramollissement jaunâtre, sphéroïde, de dix lignes de diamètre: il y a adhérence forte de l'arachnoïde à cette partie. Au milieu de ce ramollissement sont de petits épanchemens miliaires correspondant à des veinules méningées oblitérées. 3.° Substance blanche pointillée avec dilatation de ses plus gros vaisseaux. Etat fibrineux de la carotide qui se rend à la substance blanche: celle-ci est dense. 4.° Ventricules latéraux amples et contenant de la sérosité; la surface en est dense et cornée: corps calleux un peu œdématié.

Obs. IVe — Lef..., âgée de 52 ans, réglée à 14 ans, épileptique à 47 ans, par le chagrin d'avoir perdu son mari. — Attaques se renouvelant à-peu-près toutes les trois semaines. Le plus souvent, c'est un *état de mal* avec convulsion seulement du côté gauche du corps. Résolution complète de ce côté après les attaques, durant deux ou trois jours. Elle pleure sans motifs; ses facultés intellectuelles sont très-faibles; le jugement et la mémoire sont abolis. Le 6 mai 1825, à deux heures de l'après-midi, elle a été prise de convulsions qui ont duré jusqu'à quatre heures du matin. Les attaques se pressaient tellement qu'il n'y avait presque pas d'intervalle entr'elles : un peu d'amélioration, puis grande escarre au sacrum; morte le 17 avec de légères convulsions dans le côté gauche.

Autopsie. — Crâne mince, injecté; front aplati, fuyant; arachnoïde injectée, épaissie, non adhérente. — Circonvolutions très-petites, même relativement à la masse du cerveau, qui est également très-petite. Circonvolutions peu prononcées à la partie supérieure et moyenne de l'hémisphère droit; substance grise injectée, rosée, principalement à l'extrémité du lobe droit occipital. A l'extrémité antérieure du lobe droit, un kyste de la forme et du volume d'une amande, contenant un peu de sérosité. La substance blanche qui l'entoure est fibreuse et d'un blanc grisâtre. A la partie antérieure du lobe gauche, un kyste semblable au précédent; substance blanche du cerveau molle, couches optiques rosées; corps striés plus injectés que les couches optiques; arachnoïde du cervelet adhérente à la substance grise, qui est un peu consistante; la moelle, enlevée difficilement, ne présente rien de remarquable. *Thorax* : légères adhérences entre les plèvres pulmonaire et costale; ventricule gauche du cœur hypertrophié à tel point que la cavité est presque effacée. *Abdomen* : estomac peu dilaté; muqueuse ridée, offrant des plaques rougeâtres et de l'épaississement. In-

avec ceux de l'épilepsie, l'auteur trouve, sous ce double rapport, analogie complète entre les affections cérébrales et l'épilepsie; il convient seulement que les phénomènes épileptiformes qui accompagnent les phegmasies cérébrales constituent une *épilepsie aiguë*. Il s'efforce également d'établir que l'aliénation mentale se confond avec les inflammations cérébrales par quelques unes de ses variétés, au moins par la nature de ses altérations pathologiques.

La seconde partie du Mémoire contient cinquante-trois observations succinctes d'épilepsie compliquée d'aliénation mentale continue ou intermittente. A la suite des observations se trouvent des réflexions générales sur les symptômes de l'épilepsie, comparés avec ceux des autres maladies en général et avec ceux de l'aliénation mentale en particulier. Occupons-nous seulement du parallèle des symptômes épileptiques avec ceux de l'aliénation mentale. — Lorsque l'aliénation débute d'une manière chronique, ou que d'aiguë qu'elle était elle passe à la chronicité, elle marche à-peu-près de la même manière que l'épilepsie. Comme celle-ci elle offre des accès; et si ces accès sont plus forts, relativement aux intervalles de calme, la raison *s'en trouve* dans le siége probable de ces deux maladies. De même si la mort arrive plus fréquemment durant les accès d'épilepsie que pendant ceux de l'aliénation mentale, c'est que l'action du cerveau sur les autres organes est différente, selon qu'on le considère comme agent *nerveux* ou comme agent intellectuel. Plus l'épileptique, comme l'aliéné, ont éprouvé d'accès, plus ils sont disposés à en avoir d'autres et à devenir incurables. — L'épilepsie produit l'aliénation mentale : l'aliénation mentale, bien plus rarement à la vérité, détermine l'épilepsie. L'auteur donne à ce phénomène une explication qui, si elle n'est pas rigoureusement vraie, est du moins fort ingénieuse : la voici. On sait que les vaisseaux du cerveau se ramifient à l'infini dans la pie-mère, qu'ils pénètrent

de là, par ramuscules très-fins, dans la substance grise superficielle, et puis, en dernier résultat, dans la substance blanche; on sait que la substance grise en est beaucoup plus abondamment pourvue que la blanche. Or, en admettant que l'épilepsie a son siége dans celle-ci, et que l'aliénation affecte la substance grise, ne conçoit-on pas tout de suite que l'aliénation doit accompagner beaucoup plus fréquemment l'épilepsie qu'une altération quelconque de mouvemens ne doit accompagner l'aliénation mentale, puisque, dans une congestion même légère, d'après la disposition anatomique, les parties superficielles devront être toujours nécessairement injectées, surtout relativement aux parties centrales. L'auteur fait remarquer que l'aliénation qui accompagne le plus ordinairement l'épilepsie est la démence continue; on n'en sera point étonné si l'on réfléchit que la démence n'arrive à ce type qu'après un grand nombre d'attaques, et que chaque attaque commence la maladie. La démence, affaiblissement gradué des facultés intellectuelles, devra se montrer beaucoup plus souvent que la manie qui n'est que l'exaltation de ces facultés; et l'épilepsie étant une maladie essentiellement chronique, n'est-il pas dans l'ordre que le mode essentiellement chronique de l'aliénation mentale vienne s'y joindre plutôt que tout autre?

Après quelques autres rapprochemens entre les symptômes de l'épilepsie et de l'aliénation mentale, l'auteur termine cet article, son intention ayant été seulement de montrer les grands points de contact entre ces deux maladies, surtout dans le rapport de la nature de chacune d'elles.

L'examen des *causes* fournit encore à notre auteur l'occasion de signaler de nouveaux rapports entre l'épilepsie et l'aliénation mentale: il appuie ses assertions sur des faits puisés dans les travaux de M. Esquirol et de M. Georget. Il existe cependant une différence remarquable entre

l'épilepsie et l'aliénation mentale sous le rapport de l'une de leurs causes prédisposantes, nous voulons dire de l'âge ; cette différence consiste en ce que l'épilepsie affecte les enfans bien plus fréquemment que l'aliénation mentale. L'auteur explique cette circonstance avec sa sagacité accoutumée. Le cerveau, dit-il, agent du mouvement, est le siége de l'altération que représente l'épilepsie; au contraire, le cerveau, agent intellectuel, est le siége de l'altération que représente l'aliénation mentale ; si vous considérez maintenant que le mouvement a bien plutôt acquis tout son développement que l'intelligence, que les jeunes enfans mettent en jeu dans leurs amusemens une agilité et une souplesse auxquelles ils ne peuvent plus atteindre dans un âge plus avancé, que les maladies se développent d'autant plus fréquemment que les organes sont plus *développés* et plus exercés, vous aurez sur-le-champ une explication facile et sûre de la plus grande fréquence de l'épilepsie dans le jeune âge, et de la plus grande fréquence de l'aliénation mentale dans l'âge mûr.

L'auteur termine son travail par des considérations générales sur le traitement de l'épilepsie et de l'aliénation mentale. Les faits que l'on peut constater chaque jour, en suivant la clinique de la Salpétrière, démontrent surabondamment que l'aliénation mentale, contre l'opinion de beaucoup de gens du monde, est réellement susceptible de guérison. Au contraire, les exemples de guérison d'epilepsies sont rares et douteux. Mais, dit l'auteur, les aliénations que l'on guérit sont récentes ; or, on guérit également les convulsions des enfans et les accès épileptiformes des sujets atteints d'encéphalite; et d'après l'opinion précédemment indiquée, ces derniers phénomènes se rapportent à l'épilepsie aiguë. Quant aux aliénations chroniques, elles sont pour le moins aussi rebelles que l'épilepsie proprement dite.

Il existe un principe de physiologie, dit encore l'auteur,

qui devrait servir de base au traitement : c'est que, plus on exerce un organe, plus il acquiert de développement, plus il surabonde, pour ainsi dire, d'excitation, et moins les autres organes se développent. Hé bien ! il faudrait pouvoir laisser en repos absolu cet encéphale si profondément lésé, et augmenter à ses dépens l'activité des autres organes de l'économie. Un fait qui vient à l'appui de cette vérité, c'est que toutes les épileptiques, en entrant à l'hôpital, éprouvent une grande diminution dans la force et la fréquence de leurs accès. Alors, en effet, elles n'ont plus à s'inquiéter de leurs besoins, et tranquilles sur leur avenir, leur cerveau passe dans un état qui mérite le nom de repos, si l'on veut le comparer à son état antérieur ; aussitôt que ce bien être relatif vient à cesser, l'encéphale reprend son activité et la maladie reprend en même temps la sienne. L'auteur n'ajoute aucune confiance à ces spécifiques si vantés contre l'épilepsie. Le temps, dit-il, qui seul efface les erreurs et consacre les vérités, fait tôt ou tard justice de semblables découvertes.

Nous terminerons ici notre analyse. On n'a pas manqué de s'apercevoir que nous nous sommes étendus avec une sorte de complaisance sur ce Mémoire ; nous espérons que l'on nous saura quelque gré de l'avoir fait connaître dans ses principaux détails. Nous avons voulu montrer avec quelle sagacité l'auteur a su saisir les principaux traits de ressemblance qui existent entre l'épilepsie et l'aliénation mentale ; par quels rapprochemens ingénieux il s'est efforcé de prouver que ces deux maladies étaient de nature inflammatoire, et de confirmer l'opinion qui avait déjà été émise sur le siége de l'aliénation mentale. Le Jury a entendu la lecture de ce mémoire avec le plus vif intérêt et avec l'attention la plus profonde. Il annonce dans son auteur une instruction étendue et solide, une sagacité peu commune et une facilité remarquable d'écrire. Ne croyez pas cependant, qu'éblouis par des

analogies spécieuses, nous adoptions comme des vérités pleinement démontrées toutes les opinions de l'auteur dont nous nous plaisons à parler d'une manière si favorable. Ainsi, par exemple, nous avons quelque peine à admettre que l'épilepsie consiste essentiellement dans une inflammation chronique pure et simple de la substance blanche du cerveau; car, outre que l'explosion presque instantanée des accès épileptiques, leur peu de durée, leur retour périodique, l'absence de tout symptôme pendant des intervalles quelquefois considérables, outre, dis-je, que toutes ces circonstances sont entièrement différentes de celles qui caractérisent une encéphalite proprement dite, et surtout une encéphalite avec altération constante de la partie du cerveau qui en est le siége, nous n'avons pas trouvé dans les faits rapportés par l'auteur, ni dans les argumens dont il les a pour ainsi dire *protégés*, des motifs suffisans pour regarder l'épilepsie comme une véritable phlegmasie de l'encéphale. Nous pensons aussi que c'est peut-être abuser un peu du droit de l'analogie, que de considérer comme une forme d'épilepsie les convulsions des enfans et les accès convulsifs qu'il n'est pas rare d'observer dans les cas d'encéphalite aiguë. Sans doute, les phénomènes épileptiques annoncent bien un état de congestion dans l'encéphale; mais peut-on donner indifféremment le nom d'inflammation à tous les genres de congestion? La même cause produira-t-elle indistinctement la congestion épileptique et la congestion vraiment inflammatoire du cerveau? Il n'est pas rare de voir des individus frappés d'épilepsie pour avoir été témoins d'un accès de cette maladie chez une autre personne. Eh bien! ces individus auraient-ils contracté de la même manière une encéphalite proprement dite, maladie qui entraîne presque constamment la mort des malades, lorsqu'elle est portée au point de déterminer des accès convulsifs *épileptiformes?* Quel rapport existe-t-il entre l'*aura épi-*

leptica et l'encéphalite proprement dite? En admettant même le caractère inflammatoire de l'épilepsie, nous serions toujours obligés de reconnaître que c'est une inflammation qui paraît se développer sous l'influence d'une cause particulière dont on n'a pu déterminer jusqu'ici la véritable nature. Il nous a semblé de plus que, pour expliquer les symptômes, l'auteur n'avait pas suffisamment tenu compte des altérations du prolongement rachidien de l'encéphale, altérations dont les faits qu'il a rapportés présentent quelques exemples, et signalées par plusieurs observateurs. Quoi qu'il en soit de ces objections et de beaucoup d'autres que l'on pourrait leur ajouter, il n'en sera pas moins vrai que l'auteur du Mémoire que nous venons de parcourir a défendu l'opinion qu'il a avancée avec des argumens si ingénieux qu'il séduira, pour ainsi dire, les esprits qu'il n'aura pu convaincre.

Revenons maintenant, pour quelques instans, sur nos pas et voyons les résultats généraux que les faits contenus dans les Mémoires envoyés au concours doivent nous porter à regarder au moins comme probables.

Premier résultat. — Les aliénations mentales laissent dans le cerveau des traces à-peu-près constantes.

Second résultat. — Les traces que l'aliénation mentale laisse après elle, ou mieux les altérations qu'elle nous montre dans le cerveau, sont généralement celles qui caractérisent une phlegmasie soit aiguë, soit chronique.

Troisième résultat. — Les altérations du cerveau déterminent des symptômes différens, selon qu'elles affectent la substance blanche ou la substance grise; ainsi, les lésions de la substance grise superficielle s'annoncent par des troubles de l'intelligence, par une aliénation des facultés de l'entendement, tandis que les lésions de la substance blanche produisent des troubles dans le mouvement, une sorte d'aliénation, si l'on peut ainsi dire, des facultés motrices, maladie à laquelle il faut rapporter l'épilepsie;

telles sont, d'ailleurs, les intimes connexions de la substance blanche et de la substance grise, que l'affection de l'une ne tarde pas à se propager à l'autre, et de là, la raison pour laquelle on rencontre si souvent chez les aliénés une double lésion des facultés de l'intelligence et du mouvement, en un mot, une double *aliénation*. Voilà quels sont les principes en quelque sorte capitaux qui dérivent des Mémoires que nous avons examinés; leur importance frappe assez tous les esprits. Qu'il nous soit donc permis de ne pas terminer sans féliciter, moins en notre propre nom, qu'au nom de tous les hommes qui s'intéressent sincèrement aux progrès de la science, le médecin vraiment généreux qui, non content d'illustrer par ses travaux la doctrine si difficile des aliénations mentales, appelle de toutes parts les lumières sur cette branche intéressante de la médecine.

Signé les membres du Jury : GEORGET, ROCHE, PINEL fils, OLLIVIER (d'Angers), BOUILLAUD, *rapporteur.*

Observations sur les maladies des organes génito-urinaires; par F. LALLEMAND, *professeur à l'École de Montpellier.* — Première partie. — *Des Rétrécissemens.*

L'OUVRAGE de Ducamp sur les rétrécissemens de l'urètre causa une sensation d'autant plus générale que la clarté des descriptions qu'il renferme le mit également à la portée des malades qui le lurent avec avidité, et des médecins qui essayèrent dès-lors la cautérisation d'après le procédé qu'il y décrit. Cependant on entendit bientôt des voix assez imposantes s'élever contre une méthode qui paraissait dans le principe devoir être généralement adop-

(1) Un vol. in-8.° Chez Gabon, rue de l'École de Médecine. (Extrait.)

tée, et le nombre de ses partisans sembla diminuer au lieu de s'accroître. Voulant apprécier la juste valeur de ce mode de traitement, M. Lallemand a pris l'expérience pour guide, et l'observation l'a conduit à découvrir que les causes qui s'opposaient à ce que la méthode de Ducamp ne fût pas adoptée plus généralement, venaient de ce qu'elle était peut-être plus brillante en théorie que facile en application, et que par cette raison elle avait pu tromper l'espoir de quelques praticiens; mais qu'elle était susceptible d'améliorations importantes, qui pouvaient ajouter un grand degré de certitude aux résultats du traitement par la cautérisation. Nous pensons qu'il est d'autant plus nécessaire de faire connaître avec détail ce dernier travail de M. Lallemand, qu'il ne paraît pas avoir fixé toute l'attention que mérite son importance pratique : nous ne rappellerons pas ici les observations que l'auteur rapporte, et dans lesquelles il montre à la fois la sagacité de l'observateur le plus judicieux et le talent d'un chirurgien habile, et nous nous contenterons d'en exposer les résultats, qui démontrent les grands avantages de la cautérisation dans les rétrécissemens du canal de l'urètre.

§. I. *Dimensions de l'urètre.* — Les dimensions du canal de l'urètre sur le vivant, indiquées par Wathely, Rougier et Ducamp, sont les plus exactes. Sur trente individus environ, ce canal n'a varié qu'entre sept pouces et demi et neuf pouces; chez un seul, dont le pénis était très-long, il avait neuf pouces et demi du col de la vessie à l'extrémité du gland. M. Lallemand pense avec raison que la longueur de neuf à dix pouces, donnée par M. Lisfranc comme terme moyen, est très-exagérée, et c'est à cette erreur, assez généralement répandue, qu'il faut attribuer l'excès de longueur des diverses espèces de sondes, circonstance qui a donné lieu fréquemment à des accidens graves. Aussi le moyen sûr et facile de les éviter constamment consiste à retirer la sonde quand elle est

arrivée dans la vessie, jusqu'à ce que l'urine cesse de couler, et de l'enfoncer ensuite lentement jusqu'à ce qu'elle recommence à sortir : on la fixe alors dans cette position. En outre, comme la longueur du canal tient à celle du pénis, on conçoit que la courbure sous-pubienne, qui est invariable dans sa position, est d'autant plus rapprochée du méat urinaire que le pénis est plus court : cette circonstance est importante à considérer, parce qu'on peut ainsi prévoir à quelle profondeur commence la courbure sous-pubienne quand il s'agit de sonder ou de cautériser un malade. Les deux limites extrêmes que M. Lallemand a rencontrées dans la distance du méat urinaire, au commencement de la courbure sous-pubienne, sont cinq pouces et demi et six pouces trois quarts ; il a également reconnu que les mesures des diamètres des différentes parties du canal, indiquées par Ducamp, sont fort exactes.

§. II. *Indurations de l'urètre.* — L'inflammation catarrhale de l'urètre peut durer toute la vie sans causer d'endurcissement, de coarctation permanente, si elle ne dépasse pas la surface villeuse ou sécrétoire de la membrane muqueuse. On trouve dans ce cas cette surface rouge, turgescente, ulcérée, mais jamais couverte d'indurations ; c'est toujours dans la surface adhérente qu'elles ont leur siége. En outre, l'inflammation des tissus sous-jacens à la membrane muqueuse, peut se terminer par induration sans occasioner d'écoulement notable ; ainsi, quand un rétrecissement se manifeste après un écoulement, ce n'est pas à l'affection catarrhale qu'il faut l'attribuer, mais à l'inflammation plus profonde qu'elle a déterminée.

Les traducteurs de la thèse de M. Lisfranc pensent que les rétrécissemens organiques sont dus à l'engorgement des follicules muqueux par suite d'inflammations répétées; mais tout le monde sait que les follicules muqueux, habituellement enflammés, loin de s'engorger, de s'obli-

térer, augmentent de dimension, deviennent plus apparens, peuvent même recevoir l'extrémité d'une sonde, et faciliter par là la formation de fausses routes. Ils versent sur la surface muqueuse le produit de leur sécrétion; comment concevoir qu'ils soient susceptibles de s'*engorger*, de s'endurcir, de former des cylindres longs, épais, comme ceux qui constituent certains rétrécissemens? Les duretés qu'on sent le long du canal, et qu'on cite pour appuyer cette opinion, prouvent seulement que l'inflammation s'est étendue de la surface muqueuse aux tissus environnans.

§. III. *Adhérences, cicatrices, brides.* — Ils ont pour cause première l'inflammation, et résultent tantôt d'une seule cicatrisation d'ulcères, tantôt de l'accollement de deux surfaces opposées à la suite de quelque cicatrisation; quoi qu'il en soit, l'inflammation ulcéreuse du canal est beaucoup moins commune que la catarrhale et la phlegmoneuse.

§. IV. *Compression.* — Le canal de l'urètre peut être plus ou moins rétréci ou oblitéré par le développement de quelque tumeur dans l'épaisseur de ses parois; le gonflement de la prostate est aussi un obstacle qui s'oppose souvent au libre cours de l'urine.

§. V. *Sensibilité des rétrécissemens.* — Ducamp pensait que la surface intérieure des rétrécissemens était très-sensible, très-irritable. Cette opinion est une erreur: cette sensation douloureuse dont se plaint le malade dans le siége du rétrécissement, soit à la suite de rétention d'urine prolongée, de tentatives faites pour introduire des bougies, etc., dépend évidemment de l'état d'irritation dans lequel se trouvent les parties saines environnantes, et non pas d'une sensibilité plus grande du tissu endurci. Ce qui achève d'ailleurs de le prouver, c'est que la cautérisation qui ne porte que sur les parties endurcies est peu ou point douloureuse, tandis qu'elle produit

des douleurs très-vives lorsqu'elle porte au-dessus ou au-dessous du rétrécissement sur la membrane muqueuse saine : en résumé, cette sensibilité locale est d'autant moins développée, ainsi que les autres phénomènes vitaux, que l'altération est plus considérable.

§. VI. *Ancienneté des rétrécissemens.* — Cette circonstance mérite quelque attention : en effet, les indurations du canal augmentent avec le temps en épaisseur, en dureté et en longueur; la sensibilité y diminue de plus en plus, et finit par s'y éteindre entièrement, comme dans les tissus cornés, dont ils se rapprochent pour la densité; enfin, ils offrent une résistance à la dilatation, qui est d'autant plus grande qu'ils sont plus anciens. On voit par là combien il est important de s'informer si la maladie est ancienne avant de commencer le traitement, ce dont on juge en connaissant l'époque à laquelle le malade a commencé à éprouver de la gêne dans l'émission de l'urine.

§. VII. *Forme des retrécissemens.* — Les simples callosités existent rarement seules; elles se trouvent le plus souvent en avant ou en arrière d'un rétrécissement principal. Les endurcissemens, qui n'occupent qu'un des côtés du canal, n'opposent pas de résistance à la dilatation, parce que le côté opposé, qui est sain, cède facilement. On les atteint difficilement avec la sonde et les bougies armées, sans altérer les parties saines du canal, surtout quand ces callosités sont mobiles et peu étendues. Dans ce cas, M. Lallemand a reconnu qu'elles sont beaucoup mieux fixées, et plus sûrement atteintes par une sonde à cautériser, d'un calibre propre à remplir exactement la partie affectée du canal, que par le porte-caustique de Ducamp. Les rétrécissemens circulaires, mais plus épais d'un côté que de l'autre, ceux qui commencent brusquement, ou dont l'ouverture est environnée de fausses routes, demandent de grandes précautions pour le cathétérisme ou l'introduction des bougies. Le porte-empreinte

de Ducamp est alors d'un grand secours pour faire connaître la disposition des parties ; ses conducteurs sont aussi fort utiles, tant que le rétrécissement a son siége dans la partie droite du canal, mais son porte-caustique est alors d'une application difficile. Les rétrécissemens circulaires, réguliers, dont l'ouverture est centrale, évasée en entonnoir, sont ceux qui se prêtent le mieux au cathétérisme, à l'introduction des bougies, ainsi qu'à la cautérisation, de quelque manière qu'on l'emploie.

§. VIII. *Longueur des rétrécissemens.* — Quand ils sont peu étendus et peu étroits, ils peuvent guérir assez promptement par la dilatation, et la cure peut même être radicale, s'ils sont récens, parce que la compression produite par le corps dilatant facilite la résolution de l'engorgement. En général, toutes les fois qu'un rétrécissement a peu d'étendue, et qu'il reçoit une sonde n.° 6, on doit tenter la dilatation, que l'on ne continue pas d'employer si la guérison se fait trop attendre, car alors une ou deux cautérisations sont suffisantes pour tout faire disparaître. Quand un rétrécissement peu étendu est très-étroit, on peut encore réussir par la dilatation ; mais le traitement est beaucoup plus long, la cure moins solide, aussi est-il plus court et plus sûr d'en venir de suite à la cautérisation. C'est dans cette espèce de rétrécissement, qui existe dans la partie droite du canal, qu'elle réussit toujours, de quelque manière qu'on la pratique, même d'avant en arrière, d'après la méthode de Hunter ; ce sont des cas de ce genre qui expliquent ses succès et la faveur dont elle jouit chez nos voisins. Quoi qu'il en soit, la cautérisation par l'intérieur du rétrécissement doit toujours être préférée comme plus sûre et moins douloureuse ; enfin, plus les rétrécissemens sont longs, plus le traitement offre de difficultés, mais la cautérisation est le seul moyen qui puisse amener la cure radicale, et celle qu'on exerce de dedans en dehors est la seule qu'il soit possible d'em-

ployer avec sûreté. Dans cette dernière manière de cautériser, la sonde de M. Lallemand, que nous allons décrire plus bas, permettant d'agir sur toute la surface de l'obstacle, a le grand avantage d'abréger de moitié la durée du traitement, et sous ce rapport elle est bien préférable au porte-caustique de Ducamp.

§. IX. *Nombre des rétrécissemens.* — On a trouvé jusqu'à huit rétrécissemens dans la longueur du canal; leur nombre influe beaucoup sur le jet de l'urine; quand il n'y en a qu'un, le jet est ordinairement assez fort, pourvu que le rétrécissement ne soit pas trop rapproché du col de la vessie, mais souvent il est bifurqué ou entortillé; quand il y en a plusieurs, l'urine tombe perpendiculairement entre les jambes du malade; l'incontinence complète d'urine existe quand il y en a un grand nombre. Quand il y a plusieurs rétrécissemens, on en trouve toujours un plus étroit, plus étendu, c'est ordinairement le plus ancien et le plus rapproché du col de la vessie; s'il y en a au-delà, ils sont plus larges que ceux qui sont entre lui et le méat urinaire. Cette disposition, qui se conçoit facilement, explique pourquoi il est généralement assez facile de faire pénétrer une bougie à travers plusieurs rétrécissemens, quand une fois on a franchi le premier. Dans ces cas, la méthode de Ducamp est très-longue, parce qu'on ne peut attaquer les rétrécissemens que successivement, tandis que la sonde à cautériser de M. Lallemand a l'avantage de permettre d'en détruire plusieurs à la fois.

§. X. *Siége des rétrécissemens.* — Ducamp dit que *cinq fois sur six* l'obstacle existe entre *quatre pouces et demi et cinq pouces* de profondeur; mais M. Lallemand fait d'abord remarquer que cette indication n'est pas exacte, d'après les observations de Ducamp lui-même, qui prouvent que sur vingt-neuf rétrécissemens dont il parle, il n'y en avait que quatorze qui occupaient l'espace indiqué. Mais ce n'est pas sous ce rapport qu'une recherche sem-

blable pouvait être importante ; il fallait surtout tenir compte de celui qui était le plus profondément situé, et voir ensuite, sur un certain nombre de malades, dans quelle proportion se trouvaient les rétrécissemens situés à six pouces et au-delà : or, il résulte des observations mêmes de Ducamp, et de celles de M. Lallemand, que les cas dans lesquels les rétrécissemens sont situés à la courbure du canal ou au-delà, soit qu'ils existent seuls ou qu'ils soient précédés d'un ou de plusieurs autres, sont beaucoup plus nombreux qu'on ne le soupçonnerait d'après le résumé de Ducamp.

La profondeur à laquelle est situé un rétrécissement n'est pas assez souvent prise en considération dans le cathétérisme. On a l'habitude de se servir toujours d'une sonde courbe pour cette opération; cependant il est évident que si la coarctation a son siége dans la portion droite du canal, pour peu qu'elle soit étendue, elle ne pourra être traversée par une sonde courbe, quelque position qu'on donne au pénis, à moins que l'instrument ne soit assez petit pour jouer librement dans la partie rétrécie. C'est dans ces cas que les bougies pénètrent avec plus de facilité que les sondes ordinaires, et devraient toujours être employées de préférence, quand l'indication à remplir le permet.

§. XI. *Effets des rétrécissemens.* — L'effet le plus ordinaire de l'existence d'un noyau d'induration dans l'épaisseur des parois du canal de l'urètre, est de rendre moins facile la sortie de l'urine, qui s'écoule alors par un jet moins long, moins gros, entortillé ou bifurqué; il en est de même du sperme, qui n'est pas lancé avec la même force, et qui est quelquefois retenu en partie derrière l'obstacle. Ces phénomènes varient d'intensité d'après l'excitation du canal, et sont plus prononcés après un excès de table ou de boisson, un coït immodéré, une équitation prolongée, etc., circonstances qui peuvent

même quelquefois rappeler l'écoulement, ou produire une rétention d'urine complète. A la longue, l'urine chassée par la vessie contre le rétrécissement qui en retarde l'écoulement, dilate peu à peu la portion du canal comprise entre la coarctation et la vessie, l'irrite par sa présence en y séjournant momentanément; les cryptes muqueux de la portion prostatique surtout augmentent d'activité et prennent plus de développement. Sur presque tous les sujets affectés de rétrécissemens un peu considérables, que M. Lallemand a eu l'occasion de disséquer, il a trouvé la membrane muqueuse de la portion prostatique injectée, épaissie, fongueuse; les orifices des follicules de la prostate étaient quelquefois largement dilatés, circonstances qui expliquent parfaitement ce suintement muqueux et parfois puriforme qui tache le linge des malades ou qui précède le premier jet de l'urine; le dépôt trouble qu'elle laisse au fond du vase; la promptitude avec laquelle elle s'altère et acquiert une fétidité très-grande; telle est aussi la cause de ces engorgemens fréquens des testicules à la suite des rétrécissemens.

Sous l'influence de cette irritation prolongée, la prostate augmente de volume, donne la sensation d'un poids vers la marge de l'anus, accompagnée de ténesme; l'urine devient filante, laisse déposer de longs filamens glaireux et élastiques, dont l'amas forme une masse gélatineuse adhérant fortement au fond du vase. Ces glaires, qu'on croit généralement produites par la surface de la vessie, sont très-certainement sécrétées par la prostate. L'obstacle au cours de l'urine augmentant à mesure que le rétrécissement se prononce davantage, ce liquide dilate successivement le col de la vessie, et il arrive ainsi une époque où la partie du canal postérieure au rétrécissement, fait ainsi partie de la cavité de la vessie, de sorte que l'urine y arrivant à mesure qu'elle est sécrétée, elle s'échappe goutte à goutte et continuellement par le ré-

trécissement, et dans cet état le malade ne peut plus ni la retenir ni l'expulser à volonté. C'est à la suite de ce contact, qui existe incessamment, que la membrane muqueuse de ce canal devient fongueuse comme une éponge, sans consistance, et qu'il s'en détache quelquefois de petits lambeaux, qui nagent dans l'urine comme de petits vers blanchâtres ou rougeâtres.

Toutes les fois que la maladie dure depuis long-temps, que l'urine est purulente ou rendue goutte à goutte ou très-difficilement, et qu'on ne sent plus la prostate tuméfiée à travers le rectum, on doit craindre qu'elle n'ait été détruite par la suppuration, car il est impossible qu'elle n'ait pas été altérée avec les symptômes qui existaient. C'est alors qu'en sondant le malade, l'instrument s'égare dans des clapiers sans consistance, et fait de fausses routes, si l'on ne se sert pas de sondes très-grosses. Cette altération profonde de la prostate trouble bientôt les phénomènes relatifs à la sécrétion et à l'excrétion du sperme; l'irritation s'étend de proche en proche des canaux éjaculateurs aux vésicules séminales; comme elle est continuelle, il en résulte que l'acte du coït est promptement suivi d'éjaculation, que les malades ont de fréquentes pollutions, et que le passage du sperme est souvent accompagné de douleur; enfin, l'irritation augmentant de plus en plus, l'émission de la semence a lieu dans une demi-érection, et plus tard sans aucune sensation qui avertisse le malade de ces pertes habituelles, et qui se renouvellent également pour peu qu'il contracte la vessie ou les muscles du périnée, en allant à la garde-robe ou en urinant : de là une anorexie, une difficulté de digérer, qui amènent bientôt l'amaigrissement, ssement général des forces et du moral du ma- complication est plus fréquente qu'on ne le unément.

altération des parties situées entre le dernier ent et la vessie est récente et peu intense, il

suffit de détruire la cause pour que tout rentre dans l'état physiologique ; mais le plus souvent il reste un écoulement très-analogue à celui de la blennorrhagie ; les pollutions diurnes persistent avec l'altération des tissus, et les malades ne peuvent guérir complètement que par leur destruction. L'injection, les remèdes internes, l'application des pommades sur le rectum, d'après l'idée de Ducamp, sont autant de moyens nuisibles ou inefficaces pour faire disparaître l'état fongueux de la membrane muqueuse, qui entretient ces accidens. Fondé sur l'analogie et des expériences directes, M. Lallemand n'a pas hésité à porter sur ces surfaces le nitrate d'argent, et il a vu par ce moyen une inflammation de bonne nature remplacer l'irritation chronique de la membrane muqueuse ; les tissus se sont resserrés, raffermis, et la sécrétion muqueuse a diminué progressivement. Par l'emploi de ce moyen, porté jusque sur le col de la vessie, il a vu disparaître les glaires filantes que déposait l'urine, et les pollutions diurnes cesser. Dans un cas surtout où tous ces accidens étaient portés au plus haut degré, il a suffi de deux cautérisations superficielles de la portion prostatique de l'urètre ; il ne faut en effet que stimuler vivement la surface mollasse et fongueuse de la membrane muqueuse pour produire une réaction énergique, un resserrement tonique très-efficace. Ces cautérisations sont toujours très-douloureuses, mais cette sensation ne dure que quelques minutes.

On sait que, lorsque l'étroitesse d'un rétrécissement est augmentée par le gonflement accidentel des parois de l'urètre, il en résulte une rétention d'urine complète. M. Lallemand rappelle à ce sujet qu'il ne faut pas chercher à rétablir le passage de l'urine en introduisant une sonde, parce qu'on ne fait qu'augmenter l'irritation du canal : ce sont les bains locaux, les saignées générales et locales qu'on doit mettre en usage. Quand ces moyens ne

réussissaient pas, Ducamp introduisait une bougie de gomme élastique; M. Lallemand préfère celle de cordes à boyau, ainsi que nous le dirons bientôt. Mais si la rétention d'urine est causée par la présence d'un obstacle purement mécanique arrêté accidentellement derrière un rétrécissement, comme un gravier, un morceau de cire après l'exploration du canal, on la reconnaît à ce qu'elle survient brusquement, sans cause connue, et l'on peut supposer la dernière cause quand elle se manifeste après qu'on a introduit une bougie dans le canal ou le porte-empreinte; il faut alors avoir recours promptement au cathétérisme.

Dans les rétentions d'urine où le canal se trouve distendu outre mesure derrière le rétrécissement, si cette partie de ses parois a été ramollie par l'inflammation, que sa cohésion soit diminuée, la rupture peut en être la suite, et consécutivement un abcès urineux; c'est ordinairement la partie inférieure de la portion membraneuse qui se déchire ainsi. Nous ne nous arrêterons pas sur ce phénomène, qui est bien connu; seulement nous ferons remarquer que les fistules urinaires ne s'établissent pas toujours d'une manière aussi rapide et avec un appareil de symptômes aussi alarmans qu'on l'a décrit. Les rétrécissemens agissent encore sur la vessie en l'entretenant souvent dans une grande distension; de là ces dilatations partielles, qui sont quelquefois assez considérables ou nombreuses, comme dans les vessies à colonnes. Le séjour trop prolongé de l'urine dans la vessie détermine aussi consécutivement l'inflammation chronique de sa membrane muqueuse, inflammation qui se propage quelquefois le long des uretères, aux bassinets et aux reins.

L'examen attentif de l'urine dans les cas de rétrécissement est beaucoup trop négligé, parce qu'il peut éclairer véritablement sur le degré des altérations qui existent. En général, dit M. Lallemand, quand l'urine est

seulement trouble, sans dépôt ni nuage, il n'existe qu'une irritation des surfaces muqueuses; si elle est troublée par un nuage floconneux suspendu dans le liquide sans gagner le fond, on doit supposer une pollution diurne; si elle laisse déposer un sédiment muqueux, épais, puriforme, mobile au fond du vase, il existe une véritable inflammation catarrhale de la vessie; si le dépôt est glaireux, filant, élastique comme du blanc d'œuf, adhérant au fond du vase, la prostate est malade, les canaux excréteurs du follicule muqueux sont dilatés; si le dépôt est purulent, et que la prostate soit petite, molle, aplatie, difficile à reconnaître, on peut être certain qu'elle a été fondue par la suppuration; quand la prostate est saine, il est probable que le pus vient des reins. Quoi qu'il en soit de ces caractères pour le diagnostic et le pronostic de la maladie, l'indication est toujours de détruire le rétrécissement.

Enfin, les derniers effets résultant des rétrécissemens de l'urètre sont quelquefois la sortie involontaire des matières fécales, la chute du rectum, et même des hernies, accidens produits par les violens efforts que font les malades pour rendre l'urine. Les affections de la vessie et de la prostate amènent souvent des hémorroïdes : ce sont les mêmes troncs qui fournissent des artères à ces organes et au rectum, et l'irritation y appelle le sang. Les hémorroïdes sont donc aussi quelquefois dépendantes de la coarctation de l'urètre.

§. XII. *Traitement par la dilatation.* — M. Lallemand a reconnu toute la justesse des observations de Ducamp, sur les inconvéniens des bougies et des sondes, et leur insuffisance pour guérir les rétrécissemens, et il rappelle à cette occasion deux cas de fistule urinaire dans lesquels il avait maintenu d'abord, ainsi qu'on le conseille, une sonde dans le canal, afin de favoriser la guérison des fistules. Mais l'irritation du canal, déterminée par la pré-

sence de la sonde, rendait l'écoulement par la fistule plus abondant et plus épais. Il la retira définitivement, et la fistule fut fermée en douze ou quinze jours. Le précepte donné généralement n'est donc pas sans exception; quoiqu'il adopte entièrement l'opinion de Ducamp, au sujet des bougies en général, M. Lallemand fait cependant une exception en faveur des cordes à boyau, qui, par la promptitude avec laquelle elles se ramollissent et se dilatent, s'accommodent très-bien à la forme du canal, qu'elles irritent moins et dilatent davantage que les bougies emplastiques. Pour éviter que leur pointe inégale et dure blesse le canal, il suffit d'en arrondir la pointe avec la pierre ponce; ainsi préparées, elles glissent aussi facilement que les autres : elles ne sont pas plus raides que celles de gomme élastique; et s'il est vrai qu'elles aient l'inconvénient de se ramollir quelquefois avant qu'on ait pu leur faire franchir l'obstacle, on est seulement obligé alors d'en employer une autre.

Quand on doit dépasser avec les bougies la courbure sous-pubienne, il est prudent de n'employer que des bougies auxquelles on a donné une courbure permanente en les maintenant long-temps dans la situation qu'on veut leur faire conserver, ou mieux encore de leur préférer de très-petites sondes armées d'un mandrin. Quant à ceux des rétrécissemens dans lesquels la dilatation paraît préférable à la cautérisation, voyez plus haut, §. VIII.

§. XIII. *Cautérisation d'avant en arrière.* — Ce mode de cautérisation peut être utile dans certains cas de rétrécissement situé dans la portion droite du canal; mais au-delà de la courbure sous-pubienne, il expose singulièrement à des fausses routes dirigées vers la partie inférieure du canal : aussi les inconvéniens que Ducamp reproche à la méthode de Hunter ne sont pas exagérés. Sous ce rapport, M. Lallemand dit qu'il préférerait ajourner indéfiniment la cautérisation, s'il ne pouvait pénétrer dans le

rétrécissement, plutôt que de la pratiquer d'avant en arrière.

§. XIV. *Cautérisation de dedans en dehors.* — Cette méthode est incomparablement supérieure aux précédentes sous tous tous les rapports; mais avant de la pratiquer, il s'agit de faire l'*exploration* du canal. On sait combien Ducamp a apporté d'améliorations dans cette partie du traitement; nous n'en rappellerons pas ici tous les détails. Le mélange qu'on emploie pour les porte-empreintes a la consistance convenable lorsqu'il prend facilement entre les doigts la forme qu'on veut lui donner, sans y adhérer beaucoup. Les divisions tracées le long de la tige sont assez commodes, mais elles n'indiquent pas toujours exactement la profondeur du rétrécissement : il est très-facile d'éviter toutes ces erreurs en appliquant le porte-caustique le long du porte-empreinte, à partir du commencement de la déformation ; mais c'est surtout quand le rétrécissement est au-delà de la courbure sous-pubienne qu'en appuyant sur la sonde pour forcer la cire à prendre la forme de l'obstacle, on lui imprime une courbure qui fait pénétrer les chiffres dans le canal bien au-delà de ce que ne le comporte la profondeur du rétrécissement. On évite cet inconvénient, ainsi que la déformation de la cire, en introduisant dans la cavité de la sonde une bougie de gomme élastique qui la remplit exactement; de cette manière, elle se courbe à peine quand on prend l'empreinte, conserve assez de souplesse pour franchir facilement la courbure sous-pubienne; et l'on peut constamment, quoi qu'on en ait pu dire (*Addit. à la thèse de M. Lisfranc*, pag. 146), prendre des empreintes très-nettes à toutes les profondeurs, et conséquemment ceux des rétrécissemens situés au-delà de la courbure sous-pubienne.

Malgré les avantages de la sonde exploratrice, on ne peut se dissimuler qu'elle n'ait aussi l'inconvénient d'irri-

ter considérablement le canal et de causer souvent une douleur plus vive que celle de la cautérisation ; aussi est-il important de ne pas en répéter inutilement l'application. La bougie enduite de cire, introduite dans le rétrécissement pendant quelques minutes, rapporte une dépression qui indique l'étendue de l'obstacle, et même sa situation, s'il n'existe que d'un seul côté. En marquant le niveau du gland avant de la retirer, on peut même avoir la profondeur du rétrécissement aussi exactement qu'avec le porte-empreinte ; et comme son usage cause beaucoup moins de douleur que l'application de ce dernier, il faut lui donner la préférence toutes les fois que cela est possible. Il est aussi plus avantageux de se servir de bougies enduites de cire dans toute leur longueur, quand on explore les rétrécissemens, parce qu'on peut ainsi prendre à la fois l'empreinte de plusieurs rétrécissemens et les cautériser le même jour.

Nous ne passerons pas ici en revue toutes les remarques de M. Lallemand, sur les inconvéniens du porte-caustique de Ducamp, et nous renvoyons pour cet objet à l'ouvrage lui-même, dont nous conseillons d'ailleurs la lecture à tous les praticiens. Ils trouveront à chaque page des remarques intéressantes ou importantes, que les bornes de ce journal ne nous permettent pas d'exposer en détail ; nous allons donner la description de la nouvelle *sonde à cautériser* de M. Lallemand, et la manière de s'en servir.

§. XV. *Sonde à cautériser* ou *Sonde porte-caustique.* — Droite ou courbe, elle se compose, 1.° d'un tube de platine, ouvert à ses deux extrémités, destiné à protéger le nitrate d'argent ; 2.° d'un mandrin de même métal, portant le caustique à l'une de ses extrémités, de sept lignes plus long que la sonde, et bouchant son ouverture inférieure à l'aide d'un renflement olivaire ; 3.° d'un écrou vissé à l'autre extrémité du mandrin pour l'empêcher de

sortir, débordant la sonde d'une ligne ou deux pour faciliter la préhension du mandrin, pouvant être rapproché ou éloigné de la sonde pour limiter à volonté l'étendue de la cautérisation; 4.° enfin, d'un curseur, armé d'une vis de pression, destiné à indiquer la profondeur à laquelle pénètre l'instrument. La planche jointe à l'ouvrage, peut donner très-bien une indication suffisante pour construire des sondes à cautériser. Afin de faire mieux comprendre la manière de se servir de cet instrument, et les avantages qu'il présente, M. Lallemand a pris un exemple dans les cas qu'il a rapportés, et que nous allons transcrire ici.

Un malade présente un rétrécissement long de six lignes, très-étroit, irrégulier et tortueux, commençant à l'ouverture du gland; le canal est habituellement rempli d'urine, dont il faut garantir le nitrate d'argent. Je prends, dit-il, une sonde droite, n.° 1; je charge le mandrin de nitrate d'argent à la manière ordinaire, je le fais rentrer dans la sonde; je fixe le curseur à six lignes de l'extrémité de la sonde, je lute avec de la cire l'espace qui peut rester entre l'extrémité olivaire du mandrin et l'ouverture de la sonde; je l'enduis de cérat et je l'introduis comme un stylet ordinaire, explorant à loisir les inégalités du trajet endurci; je pénètre jusqu'à ce que le curseur soit en contact avec le gland: j'ai alors la certitude que le nitrate d'argent est introduit de six lignes dans le rétrécissement. Je saisis d'une main l'extrémité du mandrin, qui dépasse la sonde de six lignes, et de l'autre je fais remonter la sonde jusqu'à l'écrou. Le nitrate d'argent, jusqu'alors parfaitement sec, se trouve à nu: je le promène dans tous les sens en roulant la sonde entre les doigts, ayant soin de laisser six lignes d'intervalle entre le gland et le curseur, puisque la sonde est remontée de six lignes. Si, dans les mouvemens de rotation de la sonde, j'éprouve un frottement plus rude de la coche qui loge le nitrate d'argent contre quelque partie inégale et plus saillante

du rétrécissement, c'est sur ceux-là que j'arrête le plus long-temps le caustique; au bout d'une minute, je retire ce mandrin dans la sonde et je la sors.

Si après la chute des escarres, le rétrécissement s'est assez élargi pour recevoir une sonde n.° 2, je l'emploie de préférence pour qu'elle remplisse plus exactement le rétrécissement, et ainsi de suite jusqu'au n°. 6; dès que je puis faire passer à travers ce premier rétrécissement une bougie n.° 3 ou 4, enduite de cire, je l'introduis jusqu'à ce qu'elle s'arrête. Je tends la verge, et je fais avec l'ongle une échancrure sur la bougie au niveau du gland. La bougie est déformée à son extrémité; il y a trois pouces de distance entre le commencement de la déformation et l'empreinte faite par mon ongle : j'en conclus qu'il y a un second rétrécissement à trois pouces de profondeur. J'introduis dans ce second rétrécissement une bougie enduite de cire, n.° 2; elle rapporte, après quelques minutes, une dépression circulaire de trois lignes d'étendue : j'en conclus que ce deuxième rétrécissement est circulaire et a trois lignes de longueur. Je procède comme dans le premier cas, avec cette différence seulement que j'ai fait descendre l'écrou qui termine le mandrin jusqu'à ce qu'il n'y ait plus que trois lignes d'intervalle entre lui et la sonde; je fixe le curseur à trois pouces et un quart, et je pénètre dans le rétrécissement comme avec un stylet. Quand le curseur est en contact avec le gland, j'ai la certitude que ma sonde est de trois lignes dans le rétrécissement; je fais remonter ma sonde jusqu'à l'écrou, c'est-à-dire de trois lignes, et le nitrate d'argent se trouve à découvert dans la même étendue. Je ne laisse que trois lignes d'intervalle entre le gland et le curseur, parce que la sonde n'est remontée que de trois lignes; après cette cautérisation du second rétrécissement, je puis cautériser le premier, et accélérer ainsi le traitement.

Je passe une bougie enduite de cire à travers ce second rétrécissement; elle me rapporte à cinq pouces, une dépression de deux lignes; elle est du côté opposé à l'échancrure que j'ai faite avec l'ongle du côté du frein de la verge : j'en conclus qu'il existe à cinq pouces un rétrécissement latéral situé en haut. Je laisse deux lignes d'intervalle entre l'écrou et la sonde ; je tourne son bec alongé dans le sens du caustique, je fixe le curseur à cinq pouces deux lignes ; quand il est en contact avec le gland, je dirige le bec de l'écrou, et par conséquent le nitrate d'argent vers le dos de la verge, et je sais par là que le nitrate d'argent se trouve vis-à-vis du point rétréci qu'il s'agit de cautériser.

Enfin, je rencontre au-delà de la courbure sous-pubienne, un rétrécissement circulaire. A l'aide d'une sonde courbe, je cautérise avec les mêmes précautions la moitié supérieure du rétrécissement, au moyen d'un mandrin portant le nitrate d'argent sur sa concavité; puis le lendemain, ou après la chute des escarres, je cautérise la moitié inférieure du même rétrécissement à l'aide d'un mandrin portant le nitrate d'argent sur sa convexité. Si le rétrécissement était à droite ou à gauche, on conçoit que la coche du mandrin devrait être dans ce sens. Dans tous les cas, il est toujours facile d'atteindre chaque fois la moitié de la circonférence du rétrécissement en imprimant à la sonde un léger mouvement de droite à gauche. Toutes ces circonstances, qui se sont rencontrées chez un malade traité par M. Lallemand (*Obs.* VI), n'ont pas empêché la guérison d'être complète après quatre mois de traitement.

On voit par cet exposé que sa *sonde à cautériser* permet d'explorer à loisir le canal, et de chercher le rétrécissement aussi long-temps qu'on veut, comme avec une sonde ordinaire; que le nitrate d'argent, soustrait à l'action de toute cause dissolvante, n'est mis à découvert

que lorsqu'on est certain qu'il est dans le rétrécissement, qu'on a la mesure exacte de l'étendue de la cautérisation, et la certitude de ne cautériser que dans la direction qu'on désire.

Quant au dilatateur à air de Ducamp, M. Lallemand le regarde comme entièrement inutile; pour les bougies à ventre, comme elles ne peuvent servir au-delà de la courbure sous-pubienne, il pense qu'elles peuvent être remplacées par les sondes ordinaires quand le rétrécissement a son siége dans cette partie du canal, ou par les bougies courbes; celles de gomme élastique creuses sont plus souples, et causent moins de douleur que celles qui sont pleines.

Observations sur la variole et la vaccine; par P. Dufresne, *D.-M., membre de la Faculté de Genève* (1).

Des observations nombreuses de variole survenue chez des individus vaccinés depuis plusieurs années, avaient fait penser à quelques praticiens, que la propriété préservatrice de la vaccine s'affaiblissait à mesure que l'individu s'éloignait de l'époque de la vaccination. Le terme de la durée de cette propriété leur parut être de dix-huit à vingt ans. D'après cette idée, ces praticiens prétendirent que l'inoculation était le seul moyen de mettre l'espèce

(1) *Extrait de la Bibliothèque universelle de Genève.* — Nous avons pensé que, dans ce moment, où l'attention est si fortement dirigée sur la variole et sur l'action préservatrice de la vaccine, il y aurait de l'avantage à faire connaître un travail qui peut concourir à éclairer, sinon à résoudre entièrement les questions qui sont agitées aujourd'hui. Nous nous abstiendrons d'y joindre des réflexions qui puissent faire apprécier au juste la valeur des observations et des expériences qui y sont consignées. Nous attendrons les recherches auxquelles donne lieu l'épidémie de variole qui règne actuellement à Paris.

humaine à l'abri de la contagion variolique; qu'il fallait la pratiquer à l'âge de quinze ou seize ans, l'enfant ayant été vacciné dans sa première année. A cette époque, pensaient-ils, la force préservatrice de la vaccine étant affaiblie, l'individu est susceptible d'infection variolique, mais cette infection ne devra avoir qu'un effet proportionné au degré d'affaiblissement de la force préservatrice. De cette manière il sera à l'abri de toute atteinte relativement à la variole, et ne sera pas exposé aux dangers qui accompagnent cette dernière maladie développée sans vaccination préalable.

Une épidémie de variole s'étant déclarée à Chesne, dans le mois de mai 1822, M. Dufresne chercha à s'assurer par des faits nombreux de la justesse de ces opinions. Ce médecin trace le tableau suivant de la variole consécutive à la vaccine : l'invasion est marquée par des symptômes variables, depuis un simple malaise jusqu'aux symptômes de la maladie inflammatoire la plus grave (il en est de même dans la variole primitive). L'éruption paraît sur la fin du 3.e jour; le 4.e l'éruption continue, les symptômes fébriles persistent, mais ordinairement avec un peu moins d'intensité. Les pustules sont moins développées que dans la variole primitive, l'induration et l'élévation de leur base, qui s'observent dans celle-ci, existent à peine. La rougeur de l'aréole est irrégulière et mal circonscrite. Le sommet, dès la fin de ce 4.e jour, prend une couleur blanc d'eau; 5.e jour, diminution des symptômes; les pustules se remplissent de sérosité, s'arrondissent et prennent une forme vésiculaire; quelques-unes laissent échapper de la sérosité; 6.e jour, la fièvre et l'aréole disparaissent; la sérosité devient quelquefois rousse ou opaque, mais ne prend pas un aspect purulent; elle s'échappe du plus grand nombre des pustules, et, dans les autres, elle est reprise par les vaisseaux absorbans; 7.e jour, retour à la santé, dessiccation des pustules,

chute des croûtes, qui le plus souvent ne sont que des écailles; 8.e et 9.e jours, pleine convalescence. La variole consécutive à la vaccine est quelquefois confluente, mais sa marche n'en est pas moins rapide. Des différences prononcées existent donc entre la variole consécutive à la vaccine et celle qui se développe lorsqu'on n'a pas subi la vaccination.

« La variole consécutive, dit M. D., n'a point, comme la primitive, des périodes marquées d'invasion, d'éruption, de suppuration et de dessiccation; l'invasion seule est bien caractérisée; les autres se confondent par la rapidité de leur marche; d'ailleurs on la distinguera toujours de celle-ci, à la forme des pustules, à l'irrégularité de la rougeur aréolaire, au défaut de suppuration, à la prompte disparition de tous les symptômes, enfin à la dessiccation presque complète de toutes les pustules dans les vingt-quatre heures qui suivent la chute de la fièvre.

Les pustules de la variole consécutive n'attaquent jamais le corps de la peau primitivement et dans le cours ordinaire de la maladie de manière à l'altérer et à laisser des cicatrices et des marques de leur existence; il n'y a qu'excitation du corps dermoïde, pendant les jours d'invasion, suintement de sérosité par quelques points seulement et décollement de l'épiderme avec rougeur aréolaire dans ces points. Dans le cas où il y a confluence, on observe la même série de phénomènes; l'irritation du corps dermoïde est plus forte, le suintement de sérosité se fait par des points plus rapprochés, et le décollement de l'épiderme présente de véritables phyctènes tout-à-fait analogues à celles qu'aurait produites un fort vésicatoire. Si quelquefois il est des pustules qui prennent quelques caractères de suppuration, ou qui suppurent effectivement de manière à corroder le derme et à laisser des marques, ce n'est que consécutivement à la maladie,

et parce qu'elles ont été irritées par des agens extérieurs, tels que les vêtemens, ou parce que la sérosité accumulée sous un épiderme plus dur et plus consistant que dans l'état ordinaire, devient, lorsqu'elle n'est pas reprise par les absorbans, un agent d'irritation sur le corps dermoïde. »

La maladie décrite par M. D., sous le nom de variole consécutive, pourrait être confondue avec la varicelle ou petite vérole volante qui a beaucoup de traits communs avec elle. Mais ce médecin assigne à cette dernière des caractères qui, suivant lui, doivent l'en faire distinguer. La varicelle n'est jamais contagieuse, la variole consécutive l'est toujours; celle-ci n'a point d'époque d'éruption fixe et bien marquée; des pustules sont déjà en dessication quand d'autres commencent seulement à paraître; celle-là, au contraire, a une marche régulière et fixe. Les symptômes généraux diffèrent un peu: les frissons, la fièvre, les angoisses précordiales sont plus intenses dans la variole.

Une circonstance particulière à la variole consécutive et qui peut contribuer à la faire distinguer des autres exanthèmes, ajoute l'auteur, c'est qu'elle ne paraît qu'avec des varioles primitives, lorsque celles-ci sont épidémiques et nombreuses, et on n'a pas encore, que je sache, d'exemple qu'elle soit survenue spontanément, sans que les individus qui en ont été atteints n'aient eu des relations directes et toujours immédiates avec des varioleux. Dans l'espace de treize mois, j'ai vu 361 malades parmi lesquels 106 avaient été vaccinés par les divers praticiens qui ont exercé l'art de guérir à Chesne et dans les environs, le plus grand nombre par moi-même. Un seul avait eu la petite-vérole une vingtaine d'années auparavant, et n'avait jamais été soumis à l'action du virus vaccin. Dans ce nombre (107), tous, excepté un seul

dont je rapporterai l'histoire (1), m'ont présenté les caractères que je viens de tracer, avec quelques légères modifications relatives à l'âge, au sexe, à la saison ou à d'autres causes, mais jamais à la date plus ou moins éloignée de la vaccination. Pour déterminer si les individus vaccinés sont d'autant plus exposés à l'infection variolique qu'ils sont plus éloignés de l'époque de leur vaccination, M. D. a dressé le tableau suivant, indiquant le temps depuis lequel les individus qui ont une variole consécutive ont été vaccinés et le nombre de ces individus,

De moins de 2 mois	1
De 2 mois à 6	2
De 6 *Idem* à 12	4
De 1 à 5 ans	34
De 5 à 10	36
De 10 à 15	20
De 15 à 20	9
TOTAL	106

Ainsi, parmi les individus qui ont eu la variole consécutivement à la vaccine, il s'en est trouvé un qui avait été vacciné depuis moins de deux mois, deux qui avaient été vaccinés depuis plus de deux et moins de six mois, etc. Il

(1) La personne dont parle ici l'auteur et dont il rapporte l'observation, portait aux deux bras des marques de vaccine inoculée entre la deuxième et la troisième année. Vers l'âge de 17 à 18 ans, elle fut atteinte d'une variole confluente offrant tous les caractères qu'on lui connaît. Ce fait serait contraire à ce qui est dit de l'influence de la vaccine sur les varioles consécutives. Mais M. D. fait remarquer que ce fait étant le seul qui ait été observé sur 106, il est probable que la vaccine qu'avait eue cet individu était une fausse vaccine; que les pustules, irritées par les vêtemens grossiers que portent les gens de campagne, avaient dégénéré en une ulcération du corps de la peau, d'où résultaient les cicatrices existant aux deux bras. L'enfant n'avait pas été revu par l'opérateur après la vaccination; et les parens, peu aptes à juger la chose, ont cru et dit leur enfant vacciné, parce qu'il était survenu des boutons et qu'ils les avaient vus suppurer.

en résulte clairement, dit M. D., que les individus vaccinés sont susceptibles de l'imprégnation du virus variolique en tout temps, qu'ils soient plus ou moins éloignés de la date de leur vaccination; 2.° que le nombre des varioles consécutives que j'ai observées est plus grand parmi les enfans qu'il ne l'est parmi les adultes, phénomène dont on trouve la cause dans les contacts plus fréquens qu'ont les enfans entr'eux, et en ce que bien des vaccinés des deux dernières classes avaient déjà eu la variole consécutive dans des épidémies précédentes.

Une observation que rapporte M. D. démontre que la variole consécutive n'est pas plus grave chez les personnes qui ont été vaccinées depuis long-temps que chez celles qui l'ont été récemment, et que la vraie vaccine a la même influence après un long intervalle de temps comme après un très-court. Le sujet de cette observation est une jeune fille qui, vaccinée dans sa deuxième année, fut atteinte après vingt ans d'une variole consécutive dont l'intensité et la marche n'offrirent rien de particulier.

Plusieurs observations prouvent la contagion de la variole consécutive. Dans le moment où l'épidémie était dans sa plus grande force, les personnes vaccinées qui avaient des communications directes avec les varioleux, furent généralement atteintes. L'inoculation a été le complément de la preuve. Cinq enfans d'une même famille, d'âges différens, et vaccinés à des époques plus ou moins éloignées, furent, dans la même semaine, attaqués de variole consécutive avec les symptômes décrits plus haut. Un sixième enfant de la même famille, âgé de quatre mois, n'ayant pas encore été vacciné, fut inoculé avec du virus pris sur l'un de ses frères. Trois mouchetures furent faites à chaque bras; et huit jours après l'opération, cinq d'entr'elles commençaient à rougir; le neuvième jour, rougeur plus forte, un peu de dureté autour; le dixième jour, apparence de malaise, un peu de fièvre le soir; le onzième,

commencement d'éruption sur les diverses parties du corps. Cette éruption a les caractères et la marche assignés à la variole consécutive. Depuis, l'enfant n'a eu aucun autre symptôme de variole. — De deux autres inoculations faites dans le même temps, une seule eut le même résultat.

Une observation montre que, quoique la variole consécutive à la vaccine puisse être confluente et occasioner le gonflement de la face, l'occlusion des paupières, etc., elle n'en présente pas moins un caractère d'avortement bien marqué. Dans cette observation, malgré l'appareil de symptômes graves par lequel a débuté la maladie, la période inflammatoire de l'éruption s'est arrêtée, et la terminaison a eu lieu au septième jour, comme dans les cas où la confluence n'existe pas.

On sait que la variole survient rarement deux fois chez la même personne; mais ce fait s'observe cependant quelquefois, surtout au milieu des épidémies violentes. Dès lors, il n'est pas étonnant que la vaccine n'ait pas plus de puissance contre le retour de la variole que la variole elle-même. M. D. cite un cas dans lequel la variole survint chez une personne qui avait été déjà évidemment atteinte de cette maladie, et qui en portait des traces bien prononcées sur la figure. Mais, quoique communiquée par une variole primitive, la maladie fut modifiée comme chez les individus qui en sont attaqués après avoir été vaccinés. Ce qui démontrerait que la vaccine a sur l'économie la même action que la variole.

Pour avoir une preuve plus complète de l'identité d'action des virus variolique et vaccin, M. D. inocula la variole à deux sujets, l'un déjà variolé, l'autre vacciné. Chez ces deux individus, il se développa une variole bâtarde dont les symptômes et la marche furent semblables, jour par jour, à ceux de la variole consécutive décrite plus haut.

M. D. voulut également rechercher si le virus vaccin appliqué comparativement sur des sujets variolés et déjà vaccinés éprouve une altération ou un abâtardissement analogue à celui du virus variolique appliqué dans les mêmes circonstances, et si les deux variétés de maladie produites dans les deux cas ont entr'elles quelques rapports de ressemblance ou d'analogie. Plusieurs inoculations de virus vaccin chez des sujets qui avaient été soumis à son action, ont été sans succès, et les incisions ont été sèches dès le lendemain. Pour arriver à un résultat, on est toujours obligé de multiplier le nombre des mouchetures et de les baigner copieusement de sérosité vaccinale. La partie interne du bras paraît préférable à la partie supérieure externe. Toutes les fois qu'il s'est développé des pustules, voici quelle en a été la marche. « Ordinairement, le troisième jour, les mouchetures de vaccination commencent à s'enflammer; le quatrième, une rougeur érysipélateuse part de leurs bords pour les circonscrire sous forme d'aréole irrégulière; le centre blanchit et prend un peu d'élévation; le cinquième, la rougeur s'est étendue; elle a durci et procure au malade une sensation de prurit mélangée de cuisson fort incommode; la pustule s'est élevée sous forme un peu vésiculaire; elle est arrondie, blanche ou légèrement jaunâtre; il y a fièvre plus ou moins forte, et le plus souvent douleur et gonflement dans les ganglions lymphatiques voisins: le sixième, la pustule jaunit, la fièvre et la rougeur persistent, mais ordinairement avec moins d'intensité sur la fin du jour; le septième, la sérosité s'échappe; la rougeur, la fièvre et le prurit, tout a disparu ou disparaît; huitième, dessiccation; la croûte persiste pendant un temps plus ou moins long, et elle ne laisse à sa chute qu'une tache sur la peau, et non une cicatrice. Cette variété de vaccine consécutive à la vaccine est contagieuse comme la vraie ou primitive; elle se reproduit semblable à elle-même par l'inoculation. »

« Si on soumet un sujet variolé à l'action du virus vaccin, et qu'on parvienne à en obtenir le développement, ce qui est facile en usant des moyens et précautions indiqués, on obtient une affection dont la marche, les symptômes et les caractères sont rigoureusement les mêmes que ceux décrits de la vaccination après vaccine; en un mot, on a cette vaccine connue de tous les praticiens, que les auteurs ont appelée bâtarde, contagieuse comme la précédente. »

Cette vaccine consécutive a, suivant M. D, avec la variole consécutive, une analogie qu'on ne peut méconnaître : « l'une et l'autre marchent avec une rapidité remarquable; leur invasion seule est bien prononcée, les périodes d'inflammation et de suppuration se confondent; c'est en elles qu'est le vrai avortement; la dessiccation et la chute de la fièvre les terminent toutes deux du septième au neuvième jour; l'une et l'autre ne présentent que des pustules vésiculaires, circonscrites, d'une rougeur irrégulière, d'apparence érysipélateuse et non de véritables petites tumeurs varioliques ou vaccinales avec aréole irrégulière; le produit de ces pustules n'est qu'un suintement de sérosité et non une suppuration; elles ne laissent que des taches sur la peau et non de véritables marques ou cicatrices. Ces deux affections sont contagieuses et se reproduisent par l'inoculation avec leurs caractères d'avortement. Enfin un dernier trait d'analogie, c'est que de même qu'il est plus facile d'obtenir une variole consécutive à la vaccine, qu'une variole consécutive à la variole; de même aussi, il y a plus de facilité à obtenir une vaccine consécutive à la variole qu'une vaccine consécutive à la vaccine. »

La variole et la vaccine consécutives ont-elles une propriété anti-variolique? M. D. ne croit pas que la question puisse être résolue dans l'état actuel de nos connaissances.

Enfin ce médecin, avouant que les résultats de quelques observations et expériences isolées ne sont que des données à suivre, sans pouvoir fournir de conséquences positives, considère son travail comme tendant seulement à prouver que :

1.° Le virus vaccin et le virus variolique ont une action identique sur l'économie animale;

2.° Cette action détruit une partie de la capacité variolique ou vaccinale dont est doué chaque individu.

3.° En vertu de la portion restante, chaque individu est susceptible de contracter une seconde petite vérole ou une seconde vaccine d'une nature différente de la première, plus bénigne et plus courte.

4.° Pour développer cette portion restante de capacité, il ne faut qu'une quantité suffisante de virus appliqué d'une manière convenable.

5.° Il est plus difficile de la développer avec le virus variolique après la vaccine, *et vice versâ*.

6.° Les affections consécutives qui en résultent sont l'une et l'autre avortées dans leur période inflammatoire, se reproduisant par inoculation semblables à elles-mêmes, et ont plusieurs caractères d'analogie et de ressemblance.

C'est à l'expérience à confirmer ces propositions et à indiquer la conduite à tenir pour détruire cette capacité variolique que possède chaque individu, et qui paraît exiger deux opérations. Quoi qu'il en soit, M. D. termine par une réflexion juste, c'est que, si tous les gouvernemens imposaient aux parens la nécessité de faire vacciner leurs enfans d'une manière aussi stricte et aussi rigoureuse qu'ils les obligent de les faire porter sur les registres de l'état-civil, on n'aurait plus d'affections consécutives à craindre, puisqu'il n'y aurait plus possibilité d'avoir un foyer d'infection primitive. La variole serait bannie de l'Europe, et toute recherche ultérieure serait de pure curiosité. On voit d'après cela que l'échec que

semble recevoir la vaccine des cas de variole consécutive, qu'elle ne prévient pas, n'est qu'apparent. L'importance de cette découverte n'en serait pas moins grande en admettant la réalité et la fréquence de ces varioles secondaires; elle ne tend pas moins au but qui lui a été reconnu dès son origine, à l'extirpation d'un des fléaux les plus destructeurs qui affligent l'espèce humaine. L'ignorance, les préjugés ou la mauvaise foi peuvent seuls en retarder les conséquences.

Suite des Observations sur l'hydrophobie, sur les indices certains pour reconnaître l'existence du virus hydrophobique, etc.; par le docteur M. Marochetti.

Dans un village aux environs de Moscou, appartenant à S. E. le prince Serge Galitzin, un paysan nommé Mironou, fut mordu le 19 mai 1821, par son cheval devenu hydrophobe, au moment qu'il voulait l'atteler à son chariot avec un autre cheval. Le premier, après avoir mordu son compagnon, se jeta sur ledit Mironou, le mordit à la main et lui fit une forte contusion avec lacération; puis après avoir couru en différentes directions, sans s'éloigner cependant beaucoup de l'endroit et en mordant la terre à chaque instant, il tomba mort tout-à-coup. Le cheval mordu, ayant donné des signes d'hydrophobie fut tué. Mironou fut transporté et reçu à l'hôpital le 23 de mai, cinq jours après la morsure. Après avoir appliqué l'emplâtre vésicatoire sur la partie lésée, j'observai le dessous de la langue, mais je ne vis rien ; je prescrivis au malade trois drachmes de la poudre de *genista* par jour en trois doses, ainsi que deux livres de la décoction. Il n'éprouva rien jusqu'à quatre heures de l'après midi, mais alors il se plaignit d'un grand battement de

cœur et d'envie de vomir : cela ne dura que près d'une heure ; je crois que ces nausées ont été produites par la décoction ou par la poudre ; ensuite il soupa et dormit très-bien.

Le sixième jour jusqu'à deux heures de l'après midi Mironou n'éprouva aucune incommodité ; mais vers les trois heures il avait beaucoup de chaleur, des douleurs de tête, des envies de vomir ; il se trouvait très-faible, le pouls était plein et inégal ; après une heure il fut mieux, soupa avec appétit et dormit très-bien.

Le septième jour, en visitant le malade le matin, je découvris les boutons sous la langue, mais comme ils n'étaient pas très-apparens, je ne les coupai et ne les cautérisai qu'à trois heures de l'après-midi ; après cela il fut bien jusqu'au neuvième jour. Ce jour il se trouva bien jusqu'à cinq heures de l'après-midi, mais alors il éprouvait de grands maux de tête ; en examinant de nouveau sous la langue, je crus m'apercevoir qu'il y restait encore une parcelle de ce qui formait les tumeurs ; en conséquence, je cautérisai cette partie en limitant l'action du caustique au moyen de l'huile. Depuis huit heures du même soir jusqu'au douzième jour, Mironou se porta bien.

Le douzième jour, le malade étant très-constipé, il eut des douleurs de tête ; je le purgeai par le moyen ordinaire ; je ne négligeai point de lui faire prendre régulièrement la décoction, etc. Il n'eut plus aucun symptôme, et au quarante-troisième jour il sortit de l'hôpital en parfaite santé. C'est à cette époque que je me persuadai que la cautérisation des tumeurs est encore plus essentielle que la rescision ; par conséquent, j'engage encore ceux qui voudront employer ce traitement à ne point oublier de cautériser, dans tous les cas, en se servant de préférence d'une grosse aiguille rougie au feu, à défaut d'un petit bouton triangulaire recourbé, duquel je me sers maintenant moi-même.

Dans la même année, le 8 du mois de septembre, trois domestiques de S. E. le prince Galitzin, directeur de l'hospice, y furent reçus ayant été mordus dans la même journée, par un chien hydrophobe. Deux d'entre eux étaient mordus aux mains et le troisième au nez. Pendant six semaines on a donné à chacun d'eux trois drachmes de *génista* en poudre, en trois doses, ainsi que la décoction, en même temps qu'on entretenait la suppuration. Aucun symptôme n'ayant paru, ils sortirent de l'hôpital bien portans. Voici un cas dans lequel il n'y eut point de boutons, et il faut croire que le remède seul a détruit le virus hydrophobique, puisque le chien était certainement enragé.

Parmi les cas pratiques les plus intéressans et les plus concluans en faveur de cette méthode, l'observation suivante mérite certainement d'être placée ici. Cet accident arriva dans un village ou maison de plaisance de M. le comte Cleremetou, située à cinq werstes de Moscou, nommé *Aslankina*.

Le 3 novembre 1822, une fille de 15 ans, entourée d'une pelisse de mouton, étant sortie de la maison dans la rue, un chien enragé l'attaqua, et ne trouvant aucune partie à découvert pour la mordre, il la renversa et lui sauta au visage. Comme elle criait pour demander du secours, et qu'elle avait la bouche ouverte, il la mordit de manière qu'il lui arracha trois dents et rompit leurs alvéoles, lui déchira la partie supérieure de la mâchoire jusqu'à découvrir une portion de l'os maxillaire supérieur, et en même temps lui fendit l'aile gauche du nez en enfonçant ses dents supérieures dans ce même os maxillaire. Aux cris horribles de cette jeune fille, son frère, âgé de 18 ans, accourut pour la secourir, et ayant saisi le chien, il l'arracha de force de sa sœur et fut mordu aux mains en plusieurs endroits.

Le lendemain de l'accident, ces malheureux me furent

envoyés à l'hôpital. Une morsure aussi extraordinaire que celle de cette pauvre fille ne me laissa point d'espoir de pouvoir la sauver; car une morsure dans la bouche donne lieu à l'absorption immédiate du venin, et les remèdes appliqués un jour après ne peuvent en empêcher l'absorption. La gravité même des plaies, indépendamment de la complication de virus hydrophobique, ne me laissait aucun doute sur l'issue funeste de la maladie; mais ne voulant négliger aucun moyen, même incertain, je fis les applications possibles dans la circonstance, et je prescrivis la décoction concentrée, ne pouvant lui donner la poudre. J'appliquai l'emplâtre vésicatoire sur les plaies du frère. Je renvoyai les malades, en attendant, dans la maison du maître, en instruisant le chirurgien de la manière de diriger le traitement, me proposant d'aller les voir tous les jours.

Malgré tous les soins, la carie se manifesta, et les morsures de la fille prirent un caractère gangréneux. La suppuration s'établit, mais fétide et de mauvaise nature; les tumeurs *sublinguales*, si elles se développèrent, ne purent être observées à cause de l'énorme gonflement de l'intérieur de la bouche, ainsi que de tout le visage qui ne laissait à peine qu'un passage très-étroit par lequel la malade respirait et pouvait boire, quoiqu'avec difficulté. Une fièvre lente ne la quittait jamais; elle eut plusieurs accès avec vomissement, douleurs de tête, tremblement et faiblesse universelle. Malgré l'état déplorable de la malade, qui ne pouvait employer aucune nourriture solide, puisqu'elle était continuellement dans un état de stupeur ou d'oubli, elle vécut jusqu'au vingt-huitième jour: jusqu'à ce temps, elle n'eut aucun symptôme d'hydrophobie; mais alors ils se développèrent tout-à-coup avec une violence extraordinaire, et cette jeune fille mourut dans l'espace de 15 heures, au milieu de grandes angoisses.

Le frère était placé dans la même chambre; il prit régulièrement la poudre et la décoction; ses plaies furent

traitées comme je le fais toujours ; les pustules apparurent le septième jour après la morsure. Après qu'elles eurent été coupées et cautérisées, il eut de temps en temps de l'altération et de la chaleur ; mais aucun symptôme alarmant ne survint, de manière qu'après le quarante-troisième jour je le mis en liberté. Il a joui jusqu'à présent d'une bonne santé.

Le 25 avril de l'année 1823, je reçus à l'hôpital Galitzin, un ouvrier de 55 ans. Cet homme, en sortant de la maison, fut mordu le soir du 24, sur les neuf heures, à la partie latérale de la cuisse gauche, par un chien hydrophobe étranger, lequel ayant mordu la veille trois chiens de la maison, s'était caché jusqu'au moment que cet homme sortit. La morsure était à la partie antérieure de la cuisse droite, et avait pénétré dans la substance des muscles. A peine fut-il à l'hôpital qu'il éprouva des nausées et de la céphalalgie. Le pouls était très-altéré et fréquent ; je lui fis d'abord prendre la décoction ; mais il la vomit, et il en fut de même presque toutes les fois qu'il en bût.

Le troisième jour, il avait des maux de tête plus violens avec un peu de fièvre. Ce même jour, les trois chiens de son maître devinrent enragés et moururent dans la nuit.

Le quatrième jour, les vomissemens n'étaient pas aussi fréquens, et les maux de tête étaient moindres. Les vomissemens rendant nulle l'action du *génista,* je le prescrivis en poudre sur des tranches de pain, à la dose de trois drachmes par jour. Il y eut encore des nausées très-fortes et continuelles, mais pas de vomissemens ; je continuai donc l'administration du médicament.

Le lendemain, cinquième jour, le malade fut inquiet pendant toute la journée ; il vomit deux fois et eut une altération considérable dans le pouls ; à six heures du soir, il avait beaucoup de fièvre avec chaleur et vomissemens, les yeux hagards, la paupière très-dilatée ; les plaies de la

morsure étaient de couleur jaune cendrée. Deux boutons plus grands qu'on ne les voit ordinairement s'étaient formés sous la langue; je les enlevai avec des ciseaux et les cautérisai; je crus même utile de toucher les plaies avec le cautère.

C'est ici que j'ai vu, pour la première fois, un phénomène très-intéressant; car, du moment que je fis la rescision et la cautérisation des tumeurs, je vis disparaître tous les symptômes avec une vitesse inconcevable, de manière que, dans moins d'un quart-d'heure, mon malade me dit que je lui avais brûlé tous ses maux et qu'il se portait parfaitement bien.

Le sixième jour, le malade est bien; le septième, il est encore bien intérieurement; mais les plaies étaient si douloureuses qu'il avait de la peine à marcher. Ayant encore une fois cautérisé les morsures, j'y appliquai ensuite un cataplasme émollient; pendant la nuit, la suppuration augmenta et la douleur cessa.

Le huitième jour, bien; le neuvième de même, quoiqu'il eût un peu de mal de tête.

Depuis ce jour, le malade n'eut pour toute incommodité qu'une constipation à laquelle je remédiai avec l'infusion laxative, et il sortit de l'hôpital en bonne santé.

D'après ce que j'ai rapporté, je crois qu'on peut considérer la rage comme une *maladie locale* dont il est possible de prévenir les développemens en ayant soin d'expulser au-dehors la matière morbifique; car une fois la *réabsorption* opérée, aucun moyen ne peut en arrêter les terribles effets. On peut donc conclure, je pense, que les symptômes connus de l'hydrophobie, tels que la constriction de la poitrine, la douleur atroce de la tête, la grande dilatation de la pupille, le mouvement convulsif du globe de l'œil, et quelquefois la paralysie de la langue, les convulsions, et enfin le principal symptôme, l'horreur pour les liquides, tous symptômes nerveux, sont la suite de la

réabsorption du virus hydrophobique. La maladie devient alors universelle. Ce virus exerce primitivement son action délétère sur les nerfs des conduits des glandes *sublinguales* et *maxillaires*, les nerfs qui viennent de la cinquième paire, ceux qui se portent à la langue, l'intercostal et les cervicaux. En nous rappelant la distribution de ces nerfs, leurs connexions et leurs sympathies, la cause immédiate de tous ces symptômes s'explique d'elle-même.

Si l'on considère que par suite de la répercussion d'un abcès, des matières purulentes séjournent pendant des années dans l'économie animale sans produire aucun dérangement, et qu'elles ne donnent aucun signe de leur existence jusqu'à ce qu'il se manifeste une tumeur métastatique, située le plus souvent dans une partie éloignée de celle où l'abcès avait son siége, l'on comprendra comment le virus hydrophobique ne se manifeste qu'à des époques plus ou moins éloignées du moment de la morsure, s'il n'a pas été détruit par le remède avant sa maturité, ou avant que la nature ait été préparée à l'expulser.

Il faut espérer que la physiologie sera en état de nous donner un jour des détails plus satisfaisans sur ce sujet; et pour y contribuer autant qu'il est en moi, je ne crois pas inutile d'ajouter ici une observation assez singulière qui m'a été communiquée par un de mes amis.

Une chienne qui lui appartenait, étant pleine et vers la moitié de sa portée, fut mordue par un chien enragé. Le maître de cet animal, qui y était fort attaché, ne voulut pas le faire tuer dans l'espoir de le guérir. Pour éviter le danger d'être mordu, et pour empêcher que quelqu'autre individu fût blessé, en cas que l'hydrophobie se déclarât, il tint sa chienne enfermée pendant six semaines, et, comme au bout de ce temps il vit qu'elle se portait bien, il crut n'y avoir plus de danger à la laisser en liberté. Effectivement, rien ne parut, et en son temps elle mit bas six pe-

tits chiens, bien portans aussi, qui furent nourris par elle-même.

Les petits chiens, au bout de quelques mois, furent donnés à plusieurs personnes. Depuis ce temps, la chienne se porta toujours bien; mais ses six petits, ayant atteint l'âge d'une année, devinrent tous enragés, quoiqu'ils se trouvassent dans des endroits différens, et moururent dans la même journée. L'étonnement de celui qui les avait donnés fut extrême en recevant cet avis des personnes qui les avaient reçus de lui. Il craignit toujours que la chienne ne devînt aussi hydrophobe; mais n'ayant rien observé pendant deux années, il se persuada qu'elle avait communiqué tout le virus à ses petits et qu'elle s'était sauvée à leurs dépens.

Le virus hydrophobique est donc d'une nature tout-à-fait *sui generis*, et quoique d'une activité quelquefois aussi grande que le miasme pestilentiel, il peut non-seulement se cacher, mais se transmettre d'un corps à l'autre, sans laisser aucune trace de son séjour primitif. Cette observation est très-importante en effet; elle peut ouvrir un champ à de sérieuses réflexions, ainsi qu'à de nouvelles expériences.

D'après les cas exposés ci-dessus et les nouvelles observations faites par moi, ainsi que par plusieurs de mes collègues, je crois que l'on peut diviser l'hydrophobie en deux espèces distinctes, savoir: l'une dans laquelle le virus est versé dans les plaies en moindre quantité, et plus loin des sources vitales, dans laquelle les boutons ne se manifestent point : nous pouvons nommer cette espèce *hydrophobie lente;* l'autre, se développant en peu de jours, et présentant des tumeurs, peut être appelée *hydrophobie violente.*

Dans le premier cas, le virus hydrophobique est porté peu-à-peu par le système des vaisseaux absorbans dans la masse du sang; il y circule sans pouvoir être concentré;

alors sa malignité étant mitigée par son mélange, il peut être neutralisé en partie; les symptômes hydrophobiques ne se montrent que lorsque ce virus a déjà altéré les humeurs du corps. Voilà, je crois, ce qui peut nous expliquer pourquoi l'hydrophobie ne se manifeste quelquefois qu'à des époques plus ou moins éloignées. Cette première espèce se guérit par le seul usage de la plante, et en maintenant toujours la suppuration des morsures comme un émonctoire ouvert à la sortie des humeurs corrompues.

Dans la deuxième espèce, le virus est versé dans les plaies en plus grande dose, ou bien est déposé dans des parties importantes et voisines des organes salivaires; dans ce cas, le virus s'y concentre, acquiert par un court séjour plus de virulence, et se montre ensuite dans les boutons; s'il n'en est pas évacué à temps, il agit immédiatement sur le système nerveux et développe ses symptômes à une époque plus rapprochée de celle de la morsure. Cette espèce ne se guérit que par la destruction du virus contenu dans les boutons, quoiqu'il soit toujours nécessaire d'administrer la décoction ainsi que la poudre, la suppuration des plaies étant toujours nécessaire.

Les physiologistes jugeront si cette théorie est admissible.

§. 3. *Signes de la rage chez le chien.* — L'allure du chien hydrophobe est inégale; il ne marche pas droit dans son chemin; mais il tourne souvent à droite et à gauche, chancelant et revenant souvent sur ses pas; il semble n'avoir pas de but dans sa marche; quelquefois il court, puis s'arrête tout-à-coup et tombe comme affaissé sous un grand poids.

Son attitude n'est pas la même que dans l'état de santé; il ne s'assied pas; mais il se tient sur ses quatre pattes, celles de devant très-écartées.

Son regard est fixe et mélancolique, et parmi le feu et

la rougeur de ses yeux, l'on voit couler des larmes abondantes.

Son corps, en général, montre les effets de la consomption ; il est maigre : les côtes sont très-saillantes, la queue cachée entre les pattes de derrière ; ses extrémités sont à demi-pliées ; la tête baissée, les oreilles pendantes, la langue hors de la gueule et couverte d'écume baveuse, ainsi que les lèvres.

Ses habitudes sont changées ; il fuit la maison ainsi que les personnes auxquelles il était attaché : ordinairement il ne répond plus à l'appel de son maître ; il semble même craindre de l'approcher ; en général, il fuit la société des hommes, ainsi que les animaux de son espèce, et il ne mord que les personnes ou les chiens qui se trouvent sur son passage.

Son *instinct est perverti ;* il ne remplit plus les fonctions de gardien ; il cesse entièrement d'aboyer ; il ne connaît plus personne, et il ne s'arrête que dans les endroits solitaires.

Les moyens d'existence enfin, tels que la nourriture et la boisson, n'ont plus aucun attrait pour lui ; il pourrait quelquefois vouloir se nourrir ; mais à peine a-t-il pris quelques bouchées de nourriture que de violentes convulsions l'attaquent et le font tomber sans force sur la terre.

La seule vue d'un liquide lui donne des angoisses inexprimables ; il éprouve le même effet si on lui jette un liquide sur le corps ; cependant, par le mélange du virus avec la salive, il éprouve une soif ardente, ce qui est prouvé par ce que ressentent les hommes qui se sont trouvés dans cette situation.

Les bœufs et les moutons enragés tournoient sur place, lèvent la queue en l'air, courent à peu de distance ; la bave leur coule abondamment de la bouche, et ils tombent morts sur place sans mordre. Il en est de même chez les

vaches; mais leur lait communique la maladie aux hommes. Le lait de chèvre a la même propriété.

Les chats présentent les mêmes symptômes que les chiens; mais ils sont plus dangereux, parce qu'ils font des sauts étonnans et se jettent sur l'homme.

Le cheval hydrophobe fait des sauts extraordinaires et court sans but; lorsqu'il rencontre l'homme, il le mord et tâche de le mettre sous ses pieds. Le lait des jumens donne aussi la maladie.

Le développement de la rage à la suite de la morsure du loup enragé se fait ordinairement en moins de temps qu'après la morsure du chien; cela tient, je crois, à la profondeur et au nombre des blessures que cet animal fait lorsqu'il mord, lesquelles sont toujours plus graves. Pour ce qui regarde les symptômes particuliers qui se montrent peut-être dans le loup hydrophobe, je n'en puis rien dire avec certitude, ne voulant exposer ici que ce que j'ai pu observer moi-même.

De la Membrane muqueuse gastro-intestinale dans l'état sain et dans l'état inflammatoire. (II.me Extrait.)

État inflammatoire. — L'auteur, dans cette seconde partie, a pour but d'étudier les caractères anatomiques de l'inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale, et de distinguer cette inflammation des autres états sains ou morbides et surtout des congestions avec lesquelles elle pourrait être confondue. L'inflammation, anatomiquement considérée, peut être définie le résultat d'une concentration active des fluides vers un point quelconque de notre économie préalablement irrité. Considérant la rougeur comme un des principaux caractères de l'inflammation, il expose les signes à l'aide

tensité dans un organe étranger aux voies digestives peut dissiper par une véritable révulsion la rougeur inflammatoire dont celles-ci étaient le siége antérieurement. Si la phlegmasie offrait d'autres caractères que la rougeur, on pourra constater sa disparition récente par les traces plus durables qu'elle aura laissées. Toutes ces distinctions et ces propositions générales découlent d'observations exposées avec détail, et pour lesquelles nous renvoyons à la lecture de l'ouvrage.

Coloration brune et violacée. Indice d'une phlegmasie chronique, elle est le plus souvent uniformément répandue sur une grande surface; les nuances violacée, brun rougeâtre, brun clair, brun foncé, indiqueront jusqu'à un certain point les degrés de l'intensité et quelquefois la durée de l'inflammation. Cette coloration peut s'offrir sous l'aspect de marbrures : l'analogie que ces marbrures offrent avec les stries rouges porte à croire qu'elles résultent de celles-ci, et que, comme elles peuvent avoir eu pour cause une concentration active ou une congestion passive du sang dans le tissu muqueux, il faudra tenir compte des circonstances propres à distinguer le premier cas du second. Lorsque le stimulus inflammatoire est dissipé, il est possible que ces marbrures persistent sans nuire aux fonctions de la membrane muqueuse qui, cependant, n'est pas pour cela dans son état normal.

Coloration ardoisée. La membrane interne de l'estomac et des intestins peut acquérir, par l'effet de la durée et des progrès de l'inflammation, une coloration d'un gris ardoisé fort remarquable, qui se présente sous forme de points, de mouchetures, de stries, ou qui s'étend uniformément. La coloration ardoisée uniforme résulte d'une phlegmasie chronique actuellement existante; la coloration striée est l'indice d'une phlegmasie presqu'éteinte; quant à la coloration pointillée, on est tenté de croire qu'elle résulte de l'aspect pointillé rouge inflammatoire,

lequel n'est lui-même qu'une très-légère trace de phlogose. Des faits consignés dans l'ouvrage de M. Billard viennent appuyer ces assertions.

Coloration noire ou mélanique.—Il est probable que la coloration noire provient d'une altération morbide du sang accumulé dans une partie et y séjournant depuis longtemps. Les autopsies cadavériques et l'analyse chimique concourent à rendre probable cette opinion émise dans ces derniers temps par M. Breschet. La mélanose se présente à la face interne des intestins, sous l'aspect de points, de stries, de plaques, et c'est sur le tube intestinal d'individus qui succombent à une entérite chronique qu'elle se rencontre le plus souvent; de sorte qu'on est porté à croire qu'elle est le résultat d'une altération morbide que le sang, d'abord concentré dans le tissu muqueux par le stimulus inflammatoire, éprouverait à la longue. Du reste, M. Billard n'émet cette idée que comme une explication provisoire que ne rejettent pas le bon sens et l'expérience, attendu qu'il est impossible de fixer définitivement son idée sur un fait que l'anatomie pathologique n'a pas encore suffisamment éclairé.

Après avoir passé en revue les diverses altérations de couleur, l'auteur consacre un chapitre à l'examen des phénomènes concomitans de l'inflammation, tels que la distension du tube digestif, son rétrécissement, l'exhalation sanguine, les hémorrhagies de la membrane muqueuse et les différentes matières qui couvrent sa superficie. Tous ces phénomènes peuvent se rencontrer avec ou sans l'inflammation du tissu muqueux.

Altérations de tissu.—1.° *Altérations de tissu sans perte de substance.* Dans cette classe se range l'emphysème de la membrane muqueuse. On ne peut rigoureusement la rapporter au stimulus inflammatoire, d'un autre côté la cause productrice de ces gaz dans le tissu muqueux se dérobe aux recherches de l'anatomiste, de sorte qu'on ne

peut avancer à cet égard aucune assertion positive. L'état œdémateux de la membrane interne s'observe chez les hydropiques, les asthmatiques, chez la plupart des sujets, en un mot, qui succombent à des maladies du cœur ou des gros vaisseaux qui ont duré long-temps. Des traces de phlogose peuvent se montrer sur le tissu muqueux, indépendamment de l'œdème dont il est le siège; on pourra les reconnaître aux caractères distinctifs des rougeurs inflammatoires. La membrane muqueuse présente par fois un aspect fongueux qui peut être inflammatoire ou non-inflammatoire. Il est extrêmement difficile de saisir les caractères distinctifs de ces deux aspects, voici cependant les différences principales qu'ils présentent: l'aspect fongueux inflammatoire a lieu ordinairement sans qu'il y ait infiltration générale ni œdème partiel des intestins et sans affection concomitante du cœur et des gros vaisseaux. Les mucosités sont plus épaisses et en quelque sorte puriformes, enfin il n'est pas rare de rencontrer en même-temps des excoriations et des ulcères du tissu muqueux. L'aspect fongueux non-inflammatoire n'est point accompagné des signes précédens de l'inflammation, et de plus, il coexiste avec un état pathologique du cœur, un embarras à la circulation veineuse, et une infiltration générale ou locale du cadavre. La membrane muqueuse devient le siége d'un épaississement particulier que M. Billard appelle *hypertrophie par cause inflammatoire*, laquelle ne paraît point être le résultat d'une distension causée par le sang passagèrement accumulé entre les fibres de la membrane, mais bien celui d'un excès de nutrition généralement réparti dans tous les points de son étendue, et dû au stimulus inflammatoire dont elle était le siége. Un seul exemple de cette hypertrophie se trouve rapporté dans l'ouvrage de M. Billard. L'amincissement de la membrane muqueuse peut avoir lieu avec ou sans inflammation, avec ou sans congestion passive. Il peut

être local ou général et résulter d'une distension mécanique. L'inflammation est susceptible de déterminer un ramollissement général ou local, aigu ou chronique de la tunique interne. Le ramollissement aigu et général est le résultat d'une phlegmasie violente. Le ramollissement chronique est presque toujours local. La membrane muqueuse est en même-temps, pour ainsi dire, usée; elle offre une couleur un peu bleuâtre, tandis que dans le ramollissement aigu elle a un aspect plus ou moins rouge résultant de la concentration récente du sang dans son tissu. Il ne faut pas confondre ce ramollissement avec celui que détermine la putréfaction. Ici se trouvent rapportées des expériences faites par l'auteur, dans le but de reconnaître à quels signes on pourrait constater que le ramollissement est dû à la putréfaction; il a remarqué que la putréfaction ne s'emparait de la membrane muqueuse que lorsqu'elle avait attaqué déjà d'autres organes, que jamais elle ne commençait par la tunique interne des intestins, laquelle peut se conserver intacte plusieurs jours après la mort. Les glandes mucipares et les plexus qui les accompagnent peuvent offrir deux modes particuliers de développement. Elles peuvent se montrer en grand nombre dans toute l'étendue des voies digestives sans qu'il existe des traces reconnaissables d'inflammation. Un flux muqueux abondant paraissant être le résultat de leur sécrétion viciée, s'observe en même-temps dans le canal intestinal. Ces mêmes glandes deviennent le siége d'une inflammation aiguë ou chronique. Dans le premier cas elles offrent une tuméfaction sensible, elles ont la forme d'un cône déprimé au sommet, rouge et large à sa base. Elles sont discrètes ou confluentes; les plexus de Peyer se tuméfient également, la valvule de Bauhin borne souvent les ravages de la maladie, ou du moins elle est moins grave au-dessous d'elle. Cette sorte d'éruption détermine pendant la vie, les symptômes qui caractérisent la fièvre

dite putride et adynamique; l'état ataxique et adynamique est, en effet, très-prononcé sur les individus qui succombent à cette affection. D'un autre côté, ces mêmes glandes deviennent le siége d'un engorgement chronique chez les scrophuleux, les phthisiques, etc.; alors on n'observe plus de symptômes de la fièvre adynamique, le malade ne présente que ceux de l'affection générale dont il est atteint. Ce chapitre renferme des développemens et des faits qu'il serait trop long de rapporter ici.

Altérations de tissu avec perte de substance.—Les glandes dont il vient d'être question deviennent le siége d'ulcérations aiguës et d'ulcérations chroniques. Les premières offrent trois degrés de développement bien manifestes, dont M. Billard rapporte des exemples; des ulcères succèdent également à la phlegmasie chronique de ces glandes et présentent un aspect particulier. Les ulcérations aiguës s'observent après la fièvre putride et adynamique, les autres se rencontrent chez les phthisiques et les scrofuleux. Les ulcères aigus ou chroniques qui résultent de la désorganisation des glandes mucipares sont toujours en plus grande quantité dans la région iléo-cœcale. D'autres modes d'ulcération affectent encore les voies digestives. Ainsi les granulations tuberculeuses incrustées dans l'épaisseur de la paroi intestinale se ramollissent et donnent lieu à des ulcères du tissu muqueux. Des ramollissemens partiels, causés par une phlegmasie chronique, la détruisent encore et perforent l'épaisseur totale de la paroi dont une péritonite accidentelle cause alors souvent l'adhérence avec les parties voisines, de sorte que la perforation se trouve oblitérée à l'instant même de sa formation; ce genre d'ulcères s'observe principalement chez les enfans. Leur forme est ronde, leurs bords sont peu tuméfiés, teints d'une ligne noire et coupés comme avec un emporte-pièce. Une phlegmasie violente produisant d'abord une rougeur diffuse, étendue, ou un état fon-

gueux de la membrane interne, cause à la fin de légères excoriations auxquelles succèdent des ulcères plus ou moins larges, dont les bords tuméfiés semblent toujours être coupés à pic. Ils diffèrent cependant, pour la forme et pour l'aspect, des ulcères qui succèdent à l'éruption folliculaire. Certains ulcères, dont il est difficile de reconnaître le mode primitif de formation, se rencontrent quelquefois isolément dans diverses parties du tube digestif.

Enfin, la membrane muqueuse enflammée se gangrène et présente alors, ou des escharres, ou des ulcères gangrenés. Les premières peuvent être accompagnées de signes évidens d'inflammation ; l'auteur en cite un exemple remarquable, ou bien elles peuvent exister à la surface gastro-intestinale sans qu'aucun caractère inflammatoire bien évident les accompagne ; dans ce second cas, les symptômes observés pendant la vie, n'ont point été les mêmes que dans le cas précédent. C'est un fait important à noter et qui peut conduire à des résultats pratiques, car on conçoit que le traitement indiqué dans l'une et l'autre de ces deux affections ne devrait pas être le même. Les ulcères formés depuis long-temps par une phlegmasie aiguë ou chronique sont susceptibles de se gangréner ; alors leurs bords sont dilacérés, grisâtres, faciles à écraser sous les doigts ; leur fond est sanieux, blafard, et ils répandent une odeur de gangrène bien manifeste. La membrane muqueuse se détruit quelquefois, s'use pour ainsi dire, et laisse à nu la tunique musculeuse par suite d'une phlegmasie aiguë ou d'une inflammation chronique. M. Billard en emprunte des exemples à Morgagni et en cite un qui lui est propre.

Lorsque les ulcères se sont cicatrisés, on voit à leur place une surface rougeâtre, lisse, ou bien surmontée de quelques lignes fines qui se rendent en rayonnant du centre à la circonférence de la cicatrice. La membrane

muqueuse est dans cet endroit un peu plus épaisse et d'un tissu plus serré que dans l'état ordinaire. Elle a perdu son velouté naturel. Quelques médecins semblent avoir pris pour des cicatrices des plexus mucipares à leur premier degré de développement. C'est une erreur qu'il était facile de commettre lorsque l'on ne connaissait pas encore parfaitement la disposition et le développement de l'appareil folliculaire intestinal. L'auteur n'a observé que deux exemples de l'inflammation pultacée ou couenneuse de la membrane muqueuse intestinale.

Telle est, en résumé, l'énumération des aspects que la membrane muqueuse gastro-intestinale peut offrir, soit quand elle est enflammée, soit lorsque certaines causes apportent des modifications subites ou durables dans l'appareil circulatoire abdominal. Tous ces aspects ne sont donc point le résultat d'une cause unique, l'inflammation; il en est qui sont dus à d'autres agens que le stimulus inflammatoire; l'auteur s'est efforcé, dans le cours de son ouvrage, de signaler les caractères anatomiques d'après lesquels on peut apprécier chacun d'eux à leur juste valeur.

L'importance des recherches auxquelles s'est livré M. Billard, la sagacité qu'il a mise à les poursuivre, la précision et la saine logique avec lesquelles il les a exposées, nous ont engagé à les faire connaître avec quelque détail. On saura gré à ce jeune auteur, qui s'annonce avec tant d'avantages dans la carrière, d'avoir contribué puissamment à éclairer un des points d'anatomie pathologique les plus difficiles, et qui a été l'objet de discussions si animées depuis les travaux et la doctrine de M. Broussais. Si, depuis même ce célèbre réformateur de la médecine moderne, les affections de la membrane gastro-intestinale ont été encore souvent méconnues, il faut en accuser l'incertitude, le vague qui régnait dans l'appréciation comparative des caractères anatomiques

appartenant à l'état normal et à l'état pathologique de cette membrane. L'ouvrage de M. Billard a dissipé, ce nous semble, beaucoup de points obscurs de la question.

Observation d'un décollement des condyles du fémur ; communiquée par M. JULIA FONTENELLE.

LE décollement des épiphyses se montre si rarement, qu'on ne trouve dans les ouvrages de pathologie chirurgicale aucune section qui lui soit exclusivement consacrée. Il est cependant quelques auteurs, tels qu'Ambroise Paré, Petit, Platner, Severin, Reichel, Van-Swiéten, etc., qui en ont parlé en traitant d'autres affections. Malgré cela, le plus grand nombre de chirurgiens modernes croit si peu à cette disjonction, qu'il fallut, pour convaincre le professeur Delpech de la réalité de l'observation suivante, lui présenter la pièce anatomique que M. le docteur Coural, qui fit l'opération, avait conservée. Voici cette observation telle qu'elle a été recueillie.

Montagné, âgé de 11 ans, d'un tempérament lymphatique et presque cacochyme, enfonça dans un trou la jambe droite jusqu'aux condyles du fémur, et se renversa en avant de telle sorte, que le bas de la cuisse resta fixe, tandis que le reste du corps était pendant. Le corps du fémur se détacha de ses condyles; le lien qui les unissait n'étant encore que cartilagineux, il en résulta que, soit par le poids du corps ou l'effet de la contraction musculaire, lorsqu'on releva l'enfant, le corps du fémur se porta dans le pli du jarret, derrière les condyles qu'il venait d'abandonner. Le malade resta deux jours chez lui, pendant lesquels il ne reçut que des secours pallia-

tifs, sans qu'on remît les parties dans leur état naturel. Le malade fut porté alors à l'hôpital, où la disjonction des condyles du fémur fut reconnue au raccourcissement du membre et à la saillie que formaient les condyles à la partie antérieure, tandis qu'on trouvait l'extrémité inférieure du corps du fémur comprimant les vaisseaux et les nerfs poplités. La réduction se trouvait difficile à opérer, parce que les tiraillemens qu'on avait déjà fait subir à ce membre et la gêne qu'éprouvait la circulation, avaient opéré un gonflement considérable : ajoutez à cet état, que l'enfant et ses parens s'opposaient fortement à toute tentative. On se borna donc à l'appareil de fracture ordinaire, quoiqu'on eût à craindre les accidens consécutifs qui ne tardèrent pas à se manifester. Le lendemain, 4.e jour, engourdissement de la jambe, douleur forte dans l'articulation tibio-fémorale, gonflement plus considérable de la jambe, et refroidissement du pied. Le 5.e, œdématie qui continue les jours suivans, ainsi que les symptômes précités. Le 7.e, lividité du pied, scarifications sur toute la partie malade, emploi du quinquina à l'intérieur et à l'extérieur; point d'amendement. Le 8.e, diarrhée; eau de riz pour boisson, quinquina à la dose d'une once en décoction, etc. La gangrène se déclare et fait des progrès alarmans; le malade et les parens se refusent à l'amputation. Le 18.e jour, sphacèle du pied, et la gangrène paraît se borner au genou. Les forces s'épuisent, la diarrhée est plus forte, le malade tombe dans un état complet de marasme et refuse tout médicament; il se refuse même à laisser renouveller les pièces de l'appareil qui sont constamment empreintes d'un pus fétide et sanieux. Le 23.e, le pied ne tenant presque plus à la jambe, on l'en détacha. La désorganisation était à son comble; les os de la jambe se trouvaient presque dépouillés des chairs, et étaient recouverts, sur quelques points, de quelques lambeaux sphacelés. Dans cette

cruelle position, le malade demanda à grands cris l'amputation, qui est faite le 24.ᵉ jour (26 septembre), à dix heures du matin, par le docteur Coural, à quatre pouces au-dessus des condyles déplacés. Aucun accident alarmant n'eut lieu, et les moindres petits vaisseaux artériels furent liés, afin de prévenir toute hémorrhagie consécutive. Vu la laxité de la fibre et la faiblesse du sujet, on plaça un tourniquet à demeure sur le trajet de l'artère crurale, et sans exercer de pression : la journée et la nuit furent bonnes. Le lendemain il reprit l'usage des médicamens, et la diarrhée se calma. Le 4.ᵉ jour de l'opération, les selles reprirent leur cours, et les forces se relevèrent. Le 8.ᵉ, on lève le premier appareil : les ligatures se détachent, les chairs sont belles, la fièvre a disparu, le malade mange et digère bien. Le 10 décembre il sort guéri de l'hôpital.

En examinant la partie amputée, on trouva les condyles séparés du corps du fémur et placés transversalement sur la face antérieure de son extrémité inférieure ; ils étaient renversés ; la poulie articulaire était située en avant ; la surface qui devait un jour s'ossifier, était tournée en arrière et était adhérente à l'os et à l'échancrure qui, postérieurement, sépare les deux condyles en bas ; la poulie présentait encore les ligamens croisés qui avaient dû être fortement distendus.

L'extrémité du corps de l'os où s'était opéré le décollement offrait une surface rugueuse, avec des granulations irrégulières pour la grosseur et la forme, mais en général arrondies et mamelonnées sur plusieurs points ; principalement sur le côté externe. On voyait une substance blanche à reflet doré qui paraissait être le cartilage d'ossification dont la plus grande partie avait suivi les condyles autour desquels on distinguait la capsule de l'articulation tibio-fémorale qui semblait se continuer plus haut avec le périoste.

Cette pièce anatomique, recueillie et préparée par le docteur Coural, existe dans le cabinet du professeur Delpech.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Observation d'un anévrysme de l'artère carotide, guéri par la ligature de l'artère au-dessus de la tumeur; par J. Wardrop (1).

On a généralement regardé comme incurables, les cas d'anévrysmes dans lesquels la ligature de l'artère entre la tumeur et le cœur est impraticable à cause de la situation de celle-ci. Il n'est pas rare de rencontrer des anévrysmes des artères carotides, sous-clavières et iliaques sur lesquels il est imposible de pratiquer cette opération, et qui, malgré le traitement palliatif, entraînent nécessairement la mort du malade. C'est pourquoi quelques chirurgiens célèbres ont proposé de pratiquer, dans ces cas désespérés, la ligature de l'artère au-delà de la tumeur anévrysmale. En effet, dans tous les cas de guérison d'un anévrysme spontané ou obtenue par la ligature de l'artère, entre la tumeur et le cœur, c'est toujours à la coagulation du sang qu'elle contient que l'on doit rapporter cet heureux résultat; et lorsqu'on lie une artère, il est tout aussi facile de concevoir que le sang se coagule dans l'espace compris entre la ligature et la première branche latérale située entre elle et le cœur, que dans la portion du vaisseau qui se trouve au-delà du point oblitéré, entre celui-ci et la première division artérielle.

(1) *Mediso-Chirurgical Transactions*, vol. 13; 1825.

Ce raisonnement n'avait pas échappé à la sagacité de Desault, mais il n'en fit jamais aucune application dans sa pratique. Deschamps, et après lui Sir A. Cooper, ont essayé la ligature au-delà de la tumeur, dans deux cas d'anévrysme de l'artère fémorale. Ces opérations eurent des suites très-fâcheuses, mais qui paraissent dues à ce qu'il existait entre la ligature et la tumeur, une artère collatérale qui s'opposait à la coagulation du sang, en lui permettant de s'écouler après avoir traversé la poche anévrysmale. Ces tentatives malheureuses ont porté M. Boyer à condamner ce procédé ; cependant M. Marjolin, dans son excellent article *anévrysme*, du Dictionnaire de médecine, pense que de nouvelles tentatives doivent encore être faites, notamment sur la carotide primitive, avant de renoncer à cette opération qui a été proposée par Desault et Brasdor, et depuis recommandée par M. Pelletan.— L'observation que nous allons rapporter prouve combien était juste l'opinion de ce professeur. Elle est d'autant plus importante qu'elle démontre la possibilité de traiter avec succès des cas d'anévrysme que, jusqu'ici, on avait regardés comme désespérés.

« Une dame, âgée de 75 ans, s'aperçut, après une violente quinte de toux, de la présence d'un gonflement au côté droit du cou, un peu au-dessus de la clavicule. Lorsque je la vis huit jours après, dit M. Wardrop, la tumeur avait tous les caractères d'un anévrysme de l'artère carotide et était déjà de la grosseur du poing. Elle était immédiatement en contact avec la clavicule, ce qui rendait tout-à-fait impraticable la ligature de l'artère du côté du cœur. Son volume continua d'augmenter, et le 11.me après qu'on se fut aperçu de son existence, elle présentait les symptômes les plus formidables. La portion située du côté de l'épaule était très-rouge et très-douloureuse ; les pulsations, très-fortes dans toute l'étendue de la tumeur, l'étaient encore davantage dans ce point, et les tégumens

paraissaient très-amincis et comme sujets à se rompre.

« Il était évident que la vie de la malade était dans le plus grand danger, et, dans cet état désespéré, je pensai qu'il était convenable de tenter la ligature de l'artère carotide au-delà de l'anévrysme, dans l'espoir qu'en arrêtant ainsi le cours du sang dans ce vaisseau, ce liquide pourrait se coaguler dans la tumeur, et que le sac anévrysmal ainsi que l'artère reviendraient sur eux-mêmes et finiraient par s'oblitérer comme cela a lieu après l'opération ordinaire. Plusieurs circonstances se réunissaient en faveur de cette tentative. L'anévrysme n'existait que depuis peu de temps, la malade, quoique très-avancée en âge, jouissait habituellement d'une bonne santé, était d'un caractère tranquille et désirait vivement que l'on fît quelque chose pour la secourir. L'artère malade présentait aussi les conditions les plus favorables pour la réussite de cette opération; car, comme elle ne donne aucune branche avant de se diviser en carotide externe et interne, la circulation par les branches collatérales en communication immédiate avec l'anévrysme ne pouvait empêcher la coagulation du sang (comme il est arrivé dans les cas que nous avons cités plus haut). Dailleurs la tumeur anévrysmale, quoique très-volumineuse, ne s'étendait pas assez haut pour empêcher de placer une ligature entre elle et la bifurcation de la carotide.

» Dans cet état de choses, et avec l'approbation du docteur Weitch et de M. Glen, qui voyaient avec moi la malade, j'entrepris cette opération dont le résultat me justifie pleinement, et dont l'utilité sera, je l'espère, confirmée par l'expérience ultérieure.

« Je fis, à la peau et au tissu cellulaire, une incision d'un pouce et demi environ, commençant immédiatement au-dessus de la tumeur et s'étendant le long du bord trachéal du muscle sterno-cléido-mastoïdien, ou suivant la direction de l'artère carotide, et en évitant d'ouvrir les

grosses veines superficielles du cou. Pour diviser les parties sous-jacentes et arriver à l'artère, je me servis d'un bistouri d'argent, que je guidais avec le doigt. Cette partie de l'opération ne présenta aucunes difficultés, si ce n'est celles qui tenaient à la profondeur à laquelle l'artère est située, à l'étroitesse de l'incision et au grand nombre de grosses veines qu'il fallait éviter avec soin et notamment une branche veineuse qui croisait l'incision à sa partie moyenne, pour se rendre à la jugulaire interne, et qui, par conséquent, diminuait encore l'espace qui me restait pour arriver à l'artère. Après une dissection minutieuse, et rendue plus longue encore par la nécessité où j'étais de déchirer les parties avec mon bistouri d'argent, j'isolai si complètement l'artère des parties environnantes qu'il était facile de passer le doigt entre elle et les vertèbres. Je n'éprouvai pas plus de difficulté pour passer sous le vaisseau une aiguille à anévrysme de Bremner (1), et pour éviter le nerf de la huitième paire que je sentais distinctement sous mon doigt. Après m'être préalablement assuré que l'artère était saine, je plaçai une ligature autour d'elle, aussi près de la tumeur que me le permit l'incision, et je réunis les bords de la plaie par quelques points de suture, sans y appliquer aucun autre appareil. Je couvris ensuite la tumeur d'un emplâtre agglutinatif, pour

(1) Cet instrument consiste en une canule dans laquelle sont renfermés trois ressorts parallèles distincts, en acier le mieux trempé possible, pour pouvoir être redressés et reprendre leur première courbure sans se casser ni se fausser. Lorsque ces ressorts sont renfermés dans la canule, ils sont presque droits ; mais lorsqu'ils sont poussés au-dehors, ils reprennent leur courbure naturelle, et peuvent servir ainsi à porter autour d'une artère quelconque une ligature fixée, au moyen d'un œil, à leur extrémité pointue. Ils sont placés parallèlement l'un sur l'autre, et ne sont soudés ensemble qu'à l'extrémité qui forme la pointe de l'instrument. On les fait rentrer ou sortir de la canule au moyen d'une vis adaptée au manche de l'instrument, et fixée au ressort qui est placé à l'extérieur.

protéger les tégumens amincis et pour y exercer en même temps un certain degré de compression.

« Je regardais comme probable que la résistance opposée au cours du sang par la ligature occasionnerait, du moins pendant un certain temps, une distension plus considérable de la tumeur; mais, au contraire, son volume diminua presqu'aussitôt; des rides nombreuses de la peau se formèrent à sa base, et la rougeur diminua sensiblement. La ligature de l'artère ne produisit aucun changement appréciable dans les facultés intellectuelles, ni aucune sensation extraordinaire dans la tête, et même la nuit qui suivit l'opération fut beaucoup meilleure que la précédente, la tumeur occasionnait moins de gêne à la malade.

« Le volume de l'anévrysme et la force de ses pulsations diminuèrent progressivement, et, le 4.me jour après l'opération, il paraissait avoir perdu presque le tiers de sa grosseur; les parties supérieure et trachéale ne présentaient plus de pulsations, et l'on ne sentait plus qu'un frémissement ondulatoire très-obscur dans la partie scapulaire. La peau, dont la rougeur avait d'abord diminué, s'enflamma de nouveau, et, durant les 5.me et 6.me jours, le volume de la tumeur augmenta et les pulsations redevinrent plus fortes; ce qu'on pouvait en partie attribuer à quelques violentes quintes de toux qui tourmentaient la malade. Ce changement défavorable fut bientôt suivi d'une nouvelle amélioration, et huit jours après l'opération, le volume de la tumeur recommença à diminuer et les pulsations à devenir plus faibles. Le 14.me jour, son volume, comparé à ce qu'il était au moment de l'opération, était réduit de moitié, et l'on ne pouvait plus y apercevoir aucune pulsation. On sentait seulement, dans quelques points, une légère vibration qui paraissait produite par les vaisseaux environnans dont le calibre était beaucoup augmenté. Cette dilatation était surtout remarquable dans l'artère thyroïdienne inférieure.

« La rougeur de la peau continua cependant à augmenter, et la portion scapulaire de la tumeur prit une teinte pourpre de plus en plus foncée, jusqu'à ce qu'enfin le point le plus saillant finit par s'ulcérer. Cette ouverture donna issue à plusieurs caillots volumineux et à du pus de bonne nature. Le 20.me jour après l'opération, l'ulcération des tégumens était cicatrisée, et il ne restait que quelques rides à la peau et un épaississement considérable des parties qui servaient de base à la tumeur. Ces altérations continuèrent à diminuer, et, au bout de cinq semaines après l'opération, le cou avait repris son aspect naturel, à quelques inégalités près; la ligature s'était détachée, et la santé générale de la malade, qu'on avait surveillée avec la plus grande attention, était complètement rétablie.

Deuxième Mémoire sur l'endurcissement du tissu cellulaire des nouveaux-nés; par le docteur G. B. Paletta (1).

Dans un premier Mémoire, l'auteur avait cherché à démontrer que la cause principale de l'endurcissement du tissu cellulaire des nouveaux-nés consiste dans l'engorgement des gros troncs veineux du thorax, de l'abdomen et du poumon, et que les meilleurs moyens pour ranimer la circulation dans ces vaisseaux sont les sangsues et les bains chauds. Les faits contenus dans ce second Mémoire sont destinés à confirmer l'opinion émise relativement à l'étiologie et à la thérapeutique de la maladie. En effet, pendant le second semestre, il fut reçu à l'hospice de Sainte-Catherine à Milan, deux enfans indurés dans le mois de juillet, quatre en août, neuf en septembre, douze en octobre, quatorze en novembre, vingt-un en décem-

(1) *Voyez* l'extrait du premier Mémoire du docteur Paletta, tome V des *Archives*, page 105.

bre, total: soixante-deux. Quarante de ces enfans étaient nés avant terme. Sur ce nombre il n'en périt que trois: un était à terme et les deux autres avant terme. Deux jumeaux étaient nés à terme à l'hospice de Sainte-Catherine. Ainsi, cinquante-neuf enfans furent guéris d'endurcissement au moyen des sangsues et des bains. Le développement de cette maladie dans toutes les saisons démontre que sa cause ne consiste pas seulement, comme on le croit, dans le refroidissement de l'atmosphère; et l'opinion du docteur Breschet, qui attribue l'endurcissement du tissu cellulaire à un vice organique du cœur, à la persistance du trou de Botal et du canal artériel, ne peut guère se concilier avec les guérisons obtenues par la méthode du docteur Paletta, ni avec les résultats des recherches cadavériques faites par ce professeur. Dans le courant du mois de décembre 1823, un enfant à terme fut exposé dans un tel état de refroidissement et de rigidité qu'il ne pouvait ni téter, ni crier. On lui appliqua aussitôt des sangsues aux jambes: ses membres ne tardèrent pas à se désenfler et à se réchauffer, et la peau reprit sa couleur naturelle; mais la maladie étant au-dessus de toute ressource, l'enfant mourut en moins de vingt-quatre heures. A l'ouverture du cadavre, on trouva les poumons remplis de sang, le gauche plus dur et plus engorgé que le droit; le lobe supérieur de ce dernier avait seul été pénétré par l'air; l'un et l'autre poumons, plongés dans l'eau, se précipitèrent au fond; l'oreillette droite du cœur était extrêmement distendue par la présence du sang noir et coagulé et non fibrineux; un sang noir remplissait également le ventricule correspondant, ainsi que les deux veines caves qui s'ouvrent dans l'oreillette droite. Il est évident que le sang ne circulait pas: l'artère pulmonaire ne pouvait porter de sang dans les poumons, qui étaient tout engorgés et où il ne pénétrait que très-peu d'air. Le sang devait donc nécessairement s'accumuler

dans l'oreillette et le ventricule droit, d'autant plus que, par défaut d'impulsion, ce liquide ne pouvait passer par le trou ovale. Et, en effet, l'oreillette et le ventricule gauches se trouvèrent presque vides, de même que le canal artériel et l'aorte. Les veines coronaires étaient comme à l'ordinaire très-saillantes et noirâtres à cause du sang qui y stagnait, et contrastaient par leur couleur avec celle du cœur qui était rougeâtre et injecté de sang jusque dans ses plus petits vaisseaux. Néanmoins, les membranes des vaisseaux sanguins et du canal artériel même avaient leur état naturel à l'intérieur comme à l'extérieur. Le trou ovale, examiné soigneusement, ne présenta aucun vice dans sa structure ni dans sa forme, et la valvule avait la finesse et la transparence qui lui sont ordinaires. Le foie, de volume et de consistance naturels, était de couleur pourpre. Le canal veineux et la veine ombilicale contenaient beaucoup de sang qu'on faisait sortir en filamens grumeleux, sans que ces vaisseaux offrissent aucune trace d'inflammation; il en était de même des artères ombilicales. Toute la masse intestinale était vide et très-blanche. Des incisions pratiquées dans le tissu cellulaire des extrémités inférieures donnèrent lieu à la sortie d'une très-petite quantité de sérosité non colorée.

Quant aux deux autres enfans non à terme, dont les bras et les joues étaient indurés (il a été dit qu'il en périt seulement trois), ils ne retirèrent aucun avantage des sangsues non plus que des bains, et moururent en peu de temps. Comme dans le cas précédent à-peu-près, on trouva les poumons noirs, durs, gorgés de sang et se précipitant au fond d'un vase rempli d'eau. Le droit, qui avait respiré, présentait des cellules pénétrées par l'air, seulement dans la dernière partie du bord supérieur du grand lobe; tout le reste était gorgé de sang. L'oreillette et le ventricule droits, extrêmement distendus, laissèrent écouler beaucoup de sang noir, peu fluide; de plus, il y avait dans le

tissu de l'oreillette, quoiqu'elle fût vide, des taches formées par le sang qui s'y était épanché, de même qu'il arrive dans les ecchymoses.

Le professeur Paletta assure n'avoir jamais rencontré de lésion dans les organes de la circulation chez les enfans affectés de sclérose, rien qui puisse faire attribuer la maladie à un vice de conformation de ces organes. L'on ne peut pas raisonnablement accuser pour cause l'existence de la communication entre les deux oreillettes et entre l'artère pulmonaire et l'aorte; car, à l'âge où survient l'endurcissement du tissu cellulaire, le trou de Botal ainsi que le canal artériel n'ont pas pu encore se fermer; ce qui n'a lieu que lentement, à mesure que la circulation s'établit dans toutes les parties avec régularité, et notamment entre le cœur et les poumons. En conséquence, pour démontrer que la circulation ne s'opère pas aussitôt d'une manière complète dans les poumons, ce qui revient à dire que l'air ne pénètre que graduellement dans les cellules pulmonaires, l'auteur rapporte les expériences suivantes qu'il a faites sur les poumons des nouveaux-nés.

Un enfant, né au sixième mois de grossesse, vécut deux heures dans un état de faiblesse assez prononcé. Ses poumons n'avaient pas une couleur rosée comme ceux qui ont respiré long-temps; ils n'étaient cependant ni gorgés d'un sang stagnant, ni putréfiés. Plusieurs fragmens plongés dans l'eau surnagèrent. Puis de l'air ayant été poussé par la trachée, il ne parut d'abord en pénétrer que dans les cellules les plus externes de la surface du poumon; et comme cet air n'avait pas été introduit avec force, il arriva qu'il se distribua inégalement, et que des fragmens qui furent enlevés surnagèrent, tandis que d'autres se précipitèrent au fond de l'eau.

Une petite fille vint au jour avant terme : son corps était tout livide; elle vécut cinq jours. Le poumon droit,

coupé par morceaux, surnageait entièrement, tandis que le gauche alla au fond de l'eau. — Chez un autre enfant qui vécut trois jours, le poumon droit, de couleur rosée, flottait sur l'eau; le poumon gauche était noir, gorgé de sang, et tomba au fond du vase, surtout les fragmens détachés du lobe postérieur; quelques morceaux pris dans le lobe antérieur, quoique dans des endroits différens de ceux où le tissu plus rouge avait pu être pénétré par l'air, se tinrent à la surface de l'eau. — Une petite fille naquit dans un tel état de faiblesse qu'elle ne pût jamais téter, et qu'elle périt au bout de cinq jours. Ses poumons étaient presqu'entièrement d'une couleur noire interrompue çà et là par des places d'un rouge vif; les portions de chaque poumon qui étaient gorgées de sang, tombaient au fond de l'eau; celles, au contraire, qui contenaient plus d'air, surnageaient. — Un enfant né avant terme respira et poussa des cris; il cessa de vivre après six heures. Les deux poumons étaient gorgés de sang et présentaient à leur surface des points plus foncés encore en couleur que le parenchyme même; le poumon gauche se précipita promptement au fond du vase; le droit en fit autant, excepté une très-petite portion située près de la surface convexe qui est en contact avec les côtes supérieures, tant il est vrai qu'une très-petite quantité d'air peut suffire pour la respiration et pour les vagissemens. — Une petite fille vint au jour vivante, à sept mois de grossesse, et mourut deux heures après sa naissance. Ses poumons semblaient n'avoir été pénétrés par aucune molécule d'air; ces organes n'étaient ni noirs, ni rosés; les vésicules aériennes étaient comme comprimées, quoique les veines parussent gonflées. Ayant exprimé l'air qui était contenu dans la trachée-artère, on en souffla dans ce conduit et l'on vit d'abord se gonfler le poumon droit, puis le gauche. Dès qu'on cessait de souffler, ils pâlissaient et diminuaient de volume; ce qui prouve que les cellules aé-

riennes sont, hors de la respiration, comme comprimées et resserrées sur elles-mêmes.

L'on peut s'assurer, dit l'auteur, que l'air atmosphérique qui tend à pénétrer dans le parenchyme pulmonaire, ne peut développer que très-lentement les cellules aériennes, soit à cause de la compression exercée par le sang qui n'est pas mis en mouvement, soit à cause de la compression exercée par les petits conduits aériens; et il n'est pas besoin pour cela de supposer une lésion des organes nécessaires à la circulation du sang entre les poumons et le cœur. Malgré ces remarques, quelques-uns tenteront peut-être d'attribuer à un état inflammatoire les phénomènes observés dans la sclérose, parce qu'il y a une congestion considérable de sang. Mais toute congestion sanguine n'est pas une conséquence ou une cause d'inflammation; celle-ci n'a pas lieu sans développement de calorique; et le calorique ne peut pas se développer sans que la circulation du sang soit fortement activée. Ce calorique augmente nécessairement la chaleur des parties avec lesquelles il est en contact; il les gonfle, les distend et détermine un plus grand afflux de sang, là même où le cours de ce fluide est plus rapide et où les frottemens sont plus multipliés. Il y a plus, l'artère, qui contribue à développer et à répandre le calorique, participe la première aux effets nuisibles qu'il produit: on peut apprécier, de l'œil ou avec un compas, que sa cavité est plus considérable qu'à l'ordinaire; ses membranes, et surtout l'interne, sont rouges et gonflées par l'injection de petits vaisseaux, et sont à cause de cela dures et rudes au toucher. On observe la même chose dans les veines, si ce n'est que leur dilatation est encore plus grande que celle des artères, principalement s'il s'agit des veines qui proviennent de viscères ou de membranes enflammées. Aussi, puisque les vaisseaux dans l'inflammation se laissent très-bien pénétrer par une injection, on doit regarder comme

fausse la doctrine de Boerhaave, qui supposait une obstruction dans les dernières artérioles par la présence d'un sang épais et visqueux, de même que la doctrine de Cullen, qui admettait une constriction spasmodique de ces mêmes vaisseaux. Au contraire, lorsque la circulation se ralentit beaucoup, languit ou cesse entièrement, comme il arrive à la suite de la ligature d'un gros tronc artériel, le calorique ne se développe plus, et la partie se refroidit plus ou moins et devient plus ou moins insensible; je dis insensible, car la force nerveuse dépend en grande partie de la vitalité du sang. »

Après avoir ainsi exclu toute lésion organique et l'inflammation du nombre des causes prochaines de la sclérose, l'auteur s'en tient, pour conclusion, aux causes qu'il a indiquées dans son premier Mémoire. Quant au froid, il n'y a pas de doute qu'il ne contribue beaucoup à ralentir et à suspendre la circulation du sang; car l'air froid comprime la poitrine, s'oppose à sa dilatation, pénètre plus difficilement dans les poumons, et resserre les vaisseaux et les cellules aériennes; d'où il suit que le sang, faute d'impulsion, s'arrête dans les vaisseaux et les viscères. L'on voit, en effet, que le plus grand nombre des enfans atteints d'endurcissement s'observe dans les mois les moins chauds, et que ceux qui ont une constitution faible sont plus exposés à cette maladie.

Les conséquences de la méthode thérapeutique appliquée à l'endurcissement ont été si heureuses que le relevé des registres de mortalité de l'hospice Sainte-Catherine montre, pour l'année 1823, une différence de deux cents en moins sur l'année précédente. Cet heureux résultat ne doit pas seulement être attribué, à la vérité, aux succès obtenus dans le traitement de la sclérose; mais aussi, en grande partie, aux soins et aux règles sévères introduites dans cet établissement, soit relativement aux alimens, soit relativement à la propreté et à la vigilance qu'il est

nécessaire d'exiger des nourrices envers les enfans à la mamelle. Ces réformes et ces soins ne pourront pas faire entièrement cesser la mortalité extraordinaire qui règne parmi les enfans abandonnés, parce que le nombre de ceux qui sont nés avant terme par suite de la corruption et de la négligence de leurs parens, forment presque les deux tiers.

Le nombre des enfans abandonnés reçus à l'hospice de Sainte-Catherine, depuis 1795 jusqu'à 1823, a présenté de notables différences dans diverses années, ce que l'auteur attribue en partie aux révolutions politiques qui ont affaibli les liens de la société, anéanti la morale et augmenté les vices. En 1795, le nombre d'enfans abandonnés a été de 1554; en 1815, de 2280; en 1816, de 2625; en 1817, de 3082. L'accroissement extraordinaire du nombre d'enfans trouvés en 1816 et 1817 provient particulièrement, suivant l'auteur, de la disette qui s'est fait sentir dans ces années, et qui força beaucoup d'habitans du pays à aller dans un autre chercher des moyens de subsistance, et à se débarrasser du fardeau de leurs enfans en les envoyant à l'hospice (1).

(1) Le professeur Paletta, pour démontrer la justesse de sa théorie de l'endurcissement des nouveaux-nés, et pour combattre celle des auteurs qui attribuent cette maladie à un vice de conformation dans quelqu'organe de la circulation, ou à une phlegmasie du parenchyme pulmonaire, ne s'appuie pas toujours sur des faits bien constatés de physiologie, et déduit, des altérations pathologiques observées, des conséquences qui ne sont pas constamment rigoureuses. Néanmoins ayant donné un extrait du premier Mémoire de ce médecin, nous devions faire connaître le second, dans lequel l'auteur développe son opinion et l'appuie de nouveaux faits, ce qui peut concourir à éclairer un point de pathologie qui n'est pas encore mis hors de discussion. Les Mémoires du docteur Paletta nous offrent d'ailleurs une observation remarquable à faire; c'est que l'endurcissement du tissu cellulaire des nouveaux-nés, qui en France est regardé comme incurable dans le plus grand nombre de cas, est combattu par le médecin italien, au moyen de l'application de sangsues et des bains chauds, avec un succès qui doit nous étonner et nous engager à tenter un mode de traitement que l'on dit être aussi favorable.

(*N. d. R.*)

VARIÉTÉS.

Académie royale de Médecine (Septembre.)

Académie réunie. — *Séance du 6 septembre.* — L'Académie sanctionne l'élection de M. Louis, comme adjoint résident de la section de Médecine, et apprend, par une lettre ministérielle, que le Roi a sanctionné les nominations de MM. Castel et Lodibert comme membres honoraires, le premier, de la section de médecine, et le deuxième de la section de pharmacie.

Topographie statistique et médicale de la ville et des environs de Péronne. Mémoire de M. le D.r Coquin, rapport de MM. Desgenettes, Double et Villermé. — Les Commissaires eussent désiré, dans ce Mémoire, un plan meilleur. Un historique de la ville de Péronne; la description et la détermination de la situation de cette ville dans la vallée de la Somme; l'indication de sa population et du nombre comparatif des naissances et des décès; des réflexions sur la longévité des habitans, sur les maisons, les vêtemens, les alimens dont ils usent, sur les maladies qui les frappent le plus fréquemment; sur les influences qu'exercent dans cette ville sur la santé générale la sotte crédulité, d'une part, et le charlatanisme de l'autre; enfin des considérations sur l'éducation physique des enfans au berceau : tels sont les divers sujets qui composent le mémoire de M. Coquin, et qui ne nous fournissent aucunes généralités dignes d'être notées.

Lits mécaniques de MM. Lafond et Maisonabe (*Voyez* les Séances des 3 et 31 mai, tom. 8, pag. 281). — M. Thillaye, au nom d'une Commission, lit un rapport sur des lits mécaniques destinés au redressement des déviations du rachis, et inventés par MM. Lafond et Maisonabe. Le rapporteur rappelle d'abord la machine qu'avait, dans le même but, inventée Levacher de la Feutrie, et dont la description se trouve dans le 4.e volume des Mémoires de l'Académie de chirurgie. Cette machine, qui était une espèce de corset, méritait ces deux reproches; que le corps de la personne difforme fournissait seul les points d'application des puissances et des résistances; et que la personne étant dans une position verticale, le poids du corps n'était pas contrebalancé et continuait d'agir sur la courbure: mais elle avait aussi le grand avantage de laisser le malade libre d'agir et de se mouvoir. C'est ce qui n'est pas pour les appareils qui forçent le malade à garder une situation horizontale, tels que les lits. L'idée

de ces lits dût être inspirée par cette seule observation, que l'affaissement qu'amène dans les cartilages intervertébraux une station prolongée disparaît par le repos, et que celui-ci rend aux hommes ce que cette station prolongée leur avait fait perdre de leur stature. D'abord ils furent simples et n'agirent qu'en contraignant le malade à garder long-temps une situation horizontale, et en soustrayant le poids du corps. Bientôt on fit leur fond susceptible d'être incliné plus ou moins, afin que le corps, conservant une partie de son poids, concourût lui-même à tirer le rachis en un sens, et à effacer sa courbure. Enfin, on a fini par adapter à ces lits des machines propres à exercer sur le corps du malade une extension et une contre-extension qui puissent remplacer l'effet que produit le poids du corps reposant sur un plan incliné. Ce dernier système est celui qui est préféré aujourd'hui; des lits de ce genre sont maintenant employés pour le redressement des déviations du rachis, à Vienne, à Wurtzbourg, à Morlaix, à Paris; des ressorts placés au chevet et au pied de ces lits, tirent le rachis en sens contraire; et la tête, au moyen d'un casque, le bassin au moyen d'une ceinture appropriée, sont les parties du corps auxquelles sont appliquées les puissances extensives.

C'est à ce même système que se rapportent les lits présentés à l'Académie par MM. Lafond et Maisonabe : mais ces deux lits diffèrent beaucoup l'un de l'autre, non-seulement par le genre de mécanisme qui produit l'extension, on sent qu'on peut en imaginer de plusieurs espèces, mais encore par le mode et le degré d'extension qu'ils produisent. Chacun des inventeurs est parti d'une idée théorique différente. Celle de M. Lafond est qu'une extension permanente est nuisible, non-seulement par la gêne qu'elle cause, et qui est telle qu'on ne peut la continuer long-temps, mais encore comme condamnant les muscles au repos et en amenant la faiblesse et l'atrophie: ce chirurgien pense, que des alternatives d'action et de repos sont, au contraire, plus favorables, en soutenant les parties faibles et leur imprimant de temps en temps de légers mouvemens qui facilitent en elles la nutrition. Il a donc construit un lit dans lequel les machines extensives produisent l'alternative d'action qu'il croit utile. Le fonds de ce lit peut à volonté être plus ou moins incliné, et cela sans être obligé de suspendre l'action de la machine qui effectue l'extension. Celle-ci est située du côté du pied du lit, et correspond par des lanières à une ceinture qui entoure la partie inférieure du tronc du malade; le casque qui maintient la tête est du côté du chevet. Il serait impossible d'en donner une description claire sans une figure; il doit nous suffire de dire que, mise en jeu par un tourne-broche, elle soumet le corps du malade à une extension qui varie sans cesse dans son degré, et surtout se suspend par intervalles; n'étant d'abord qu'à son minimum, cette extension s'élève graduellement à son maximum; puis, s'affaiblissant peu à peu, elle revient à son degré primitif, et y reste pendant quelque temps avant de recommencer sa période. On peut ainsi distinguer en elle trois temps distincts, celui où elle croît, celui où elle décroît, et celui où elle reste à

un degré fixe, qu'on peut regarder comme un temps de repos ou plutôt de tension modérée. On peut, du reste, à volonté suspendre le jeu de la machine, et, par conséquent transformer le lit en lit à extension permanente et égale. Le même M. Lafond a imaginé aussi un fauteuil mécanique, destiné également à remédier aux déviations du rachis, et tel qu'il permet les mouvemens de la colonne vertébrale dans tous les sens : m ais les Commissaires remarquent que ce fauteuil n'offre plus les avantages de la situation horizontale, sans faire recouvrer ceux de la faculté de se mouvoir.

M. le docteur Maisonabe est parti d'une autre base. Si, d'une part, dit-il, on examine après la mort le rachis dévié d'un rachitique, on trouve les ligamens intervertébraux, et même le corps des vertèbres, déprimés du côté de la concavité de la courbure ; la consistance de ces parties est augmentée, quelquefois même les cartilages ont disparu, et les vertèbres sont soudées entr'elles. Du côté de la convexité, au contraire, les cartilages sont plus épais, moins denses, et les corps des vertèbres plus écartés : de l'un et de l'autre côté, les muscles sont pâles et ont la mollesse qui résulte d'une longue inaction. Qu'on scrute d'autre part, ajoute-t il, le mode selon lequel s'est faite la déviation, on reconnaîtra qu'elle s'est faite d'abord par degrés insensibles, mais qu'à la fin, le poids même des parties déviées en a rendu l'accroissement plus rapide. Partant de ces deux données, n'est-il pas évident, dit alors M. Maisonabe, que si une machine peut servir à réparer les déviations du rachis, ce n'est qu'en imitant la force qui les a produites, mais en agissant en sens inverse? Or, il est certain que la puissance qui a effectué les déviations a agi sans interruption ; il doit donc en être de même de la machine qu'on destine à les réparer : cela est d'autant plus nécessaire, ajoute-t-il, que ne pouvant augmenter progressivement la puissance de cette machine, il faut y suppléer par la continuité de son action. Le lit de M. Maisonabe est donc un lit à extension permanente. Quant à son mécanisme, au lieu de l'élasticité, c'est la pesanteur qui en est le moteur : sous le fond sanglé du lit, est un jeu de poids qui tirent en sens inverse la tête et le bassin du malade ; une manivelle placée en dehors du lit fait jouer ce système de poids, et un cadran permet de calculer le degré d'extension qui en résulte : le malade a aussi le moyen de suspendre le jeu de la machine, et de se mettre à son aise momentanément, pour se moucher, tousser ou pour la satisfaction d'autres besoins. Ce mérite de pouvoir mesurer le degré d'extension produit, se retrouve aussi dans le lit de M. Lafond ; mais le rapporteur y attache peu d'importance, et dans cette occurrence ce sont moins, dit-il, des valeurs métriques qu'il faut consulter, que la susceptibilité des malades.

En somme, le Rapporteur conclut ; 1.° que les lits mécaniques pour le redressement du rachis ne doivent jamais être considérés que comme moyens auxiliaires, et complément d'un traitement médical bien dirigé ; 2.° que comme l'extension du rachis est toujours une opération grave ; et

qu'il ne faut pratiquer qu'avec précaution, il importe que des médecins seuls fassent l'application de ces lits ; 3.° enfin que les lits de MM. Lafont et Maisonabe sont chacun ingénieusement construits pour l'effet qu'on veut en obtenir, et peuvent être employés sans danger, s'ils sont maniés par des mains habiles ; mais que c'est à l'expérience seule à décider lequel des deux est le meilleur.

Séance du 20 septembre.— Vaccine. M. Moreau lit, au nom de la Commission de vaccine de l'Académie, le rapport sur les vaccinations effectuées en France pendant l'année 1824. Ce Rapport se compose de quatre parties. Dans la première, la Commission fait l'histoire des travaux exécutés par l'ancien Comité auquel l'Académie succède, et paye un tribut de reconnaissance à MM. Thouret et Larochefoucault, fondateurs de ce Comité. Dans la seconde, elle mentionne les mesures administratives prises cette année par MM. les Préfets, les Maires, les diverses autorités, pour répandre, autant que possible, la pratique de la vaccine en France. La troisième traite des diverses anomalies que la vaccine a présentées dans son cours, et de plusieurs questions médicales qui se rattachent à ce moyen de préservation de la variole. Enfin, dans la quatrième, la Commission indique les noms des médecins français qui ont droit aux prix et aux récompenses que, chaque année, le Gouvernement décerne à ceux qui l'ont secondé dans ses efforts pour répandre la vaccine.

De ces quatre parties, la troisième seule a droit d'intéresser nos lecteurs ; sur le reste, il doit nous suffire de dire que le nombre des vaccinations en France, pour l'année 1824, est de 438,537 ; qu'il surpasse de 49,943 celui des vaccinations de 1823 ; et qu'enfin en certains départemens, comme ceux de la Côte-d'Or, du Bas-Rhin, s'il n'égale pas le nombre des naissances, au moins il surpasse celui des enfans nouveau-nés qui ont survécu à la première année de leur existence.

Quant aux faits médicaux rapportés dans la troisième partie, en voici la substance. La vaccine a offert des variétés dans la rapidité de sa marche ; dans quelques cas, elle était déjà en croûte au bout de huit jours ; dans d'autres, elle ne s'est développée que six semaines après l'inoculation. Dans des cas où deux vaccinations ont été faites successivement, celle qui s'est développée a neutralisé l'autre, et tour-à-tour c'est la vaccination faite la première ou la dernière qui s'est développée. Diverses éruptions épidémiques, rougeole, scarlatine, varicelle, variole même, ont marché de concert avec la vaccine ; et, dans ce dernier cas, on a observé que la variole avait été plus douce : ce dernier fait peut justifier l'idée de ceux qui proposent de vacciner les variolés, non-plus dans la vue de prévenir la variole, puisque cette maladie existe, mais pour la rendre plus légère. On a eu des exemples de vaccine secondaire, survenue spontanément long-temps après des vaccinations qui avaient réussi, par exemple, après six mois ; et il n'a pas été possible de douter de la réalité de ces vaccines secondaires, puisqu'inoculées elles ont produit la bonne vaccine. Dans un cas, on a même vu cette vaccine secondaire se renou-

veller jusqu'à sept fois, les intervalles entre chaque éruption devenant graduellement de plus en plus longs, et les boutons à chaque éruption étant de moins en moins gros. M. Bart, de Beaune, a vu une piqûre qui ne s'était pas développée avec les autres, le faire tout à-coup après un intervalle de vingt ans.— Il a été démontré par de nouveaux faits, que l'inoculation de la vaccine ne transmet que le vaccin, car celui-ci a été impunément puisé chez des galeux, des dartreux, et même chez des variolés.— Quelques médecins ont fait des recherches pour savoir si le vaccin ne s'affaiblit pas avec le temps, et s'il ne serait pas utile par conséquent de le retremper de temps en temps en le rendant à la vache pour l'appliquer ensuite à l'homme. A l'appui de cette idée, M. le docteur Campsegret, département de la Dordogne, a fait remarquer que le vaccin prend aujourd'hui plus difficilement que dans les premiers temps de la vaccination, que son développement est plus lent et que ses boutons sont moins caractérisés. M. le docteur Boisson, de Beaumont, a fait plus; il a fait des expériences; ayant vacciné le trayon d'une génisse, il a, avec la vaccine de cet animal, vacciné dix neuf enfans, et il assure que chez tous, les boutons vaccinaux furent bien plus marqués; il fait remarquer en outre que ces dix-neuf enfans resistèrent tous à une varicelle qui était épidémique dans le pays : ce dernier fait pourrait être invoqué par ceux qui veulent qu'il y ait, sinon identité, au moins consanguinité, si l'on peut parler ainsi, entre la variole et la varicelle.— D'après l'idée que la vaccine ne préserve de la variole que pour un temps, on a tenté de nouvelles vaccinations sur des individus anciennement vaccinés, et elles ont pris en quelques cas; mais on n'en peut rien conclure, puisque la vaccine s'est développée aussi quelquefois chez des variolés eux-mêmes : aussi n'y a-t-il nul accord chez ceux qui conseillent une seconde vaccination, malgré la réussite de la première; les uns veulent qu'on revaccine les vaccinés d'il y a trente ans, sous le prétexte que la puissance préservatrice de la vaccine ne dure qu'un temps; les antres veulent que ce soit les vaccinés de nos jours, parce qu'ils l'ont été avec un vaccin affaibli, épuisé.— Enfin, dans cette troisième partie du rapport dont nous présentons ici la substance, la Commission parle de ces éruptions varioloïdes qui ont été en ces derniers temps observées en Angleterre, en Amérique, et qui, fort semblables à la variole et atteignant un grand nombre de vaccinés, ont fait naître de nos jours du doute sur la vertu préservative de la vaccine. La Commission n'a reçu des différens médecins vaccinateurs français que peu de documens sur ces éruptions; et ceux qui lui ont été envoyés sont si peu précis qu'il est impossible de juger d'après eux. Mais en admettant les données fournies par les médecins étrangers, ces éruptions varioloïdes ne prouvent rien contre la vertu préservative de la vaccine : elles ont en effet frappé les individus qui avaient eu la variole, soit spontanée, soit inoculée, aussi bien que les vaccinés; et parmi les premiers, plusieurs sont morts, tandis qu'aucun des derniers n'a succombé. Par exemple, dans une de ces épidémies observée à Lancastre, en Pensylva-

nie, en 1818, sur 350 malades, tous ceux qui avaient été vaccinés ont survécu ; de 40 inoculés qui avaient été atteints, 2 sont morts, et 40 autres qui n'avaient été ni vaccinés, ni inoculés, ont succombé. Les résultats ont été les mêmes à New-Yorck, en 1813, et à Édimbourg, en 1814. Il en a été de même encore à Philadelphie, en 1823; sur 148 malades reçus a l'hôpital, 47 avaient été vaccinés, mais tous ont guéri ; sur 8 qui avaient eu la variole, 4 au contraire sont morts; et des 93 autres malades qui n'avaient eu ni la vaccine, ni la variole, 52 ont succombé.

Ce rapport donne lieu à une discussion. M. Villermé regrette qu'aux derniers documens si favorables à la cause de la vaccine, la Commission n'ait pas joint celui que fournit un ouvrage récemment publié par un médecin espagnol Gil y Alvenez. Il est dit, dans cet ouvrage, que depuis 22 ans que la pratique de la vaccine est universelle dans la ville de Cascante, en Arragon, on n'a plus vu dans cette ville, de variole, de rougeole et de scarlatiue, maladies qui, autrefois, la ravageaient, et qui même désolent encore les pays voisins. Cet ouvrage, ajoute M. Villermé, est la réfutation complète de cette assertion contraire du docteur écossais Robert-Watt, que de 1803 à 1813, il est mort à Glascow, de la rougeole et de la scarlatine, beaucoup plus d'enfans qu'autrefois.

M. Itard voudrait que la Commission dît positivement si elle a quelques exemples de varioles survenues chez des vaccinés. Il en est de même de MM. Baron et Guersent, qui demandent en outre que la Commission aborde franchement la question des éruptions varioloïdes. Ces éruptions, disent-ils, occupent vivement les médecins des autres nations ; leur histoire se lie à celle de la vaccine et de la variole ; et il est de l'honneur de la nation Française, que la Commission de vaccine de l'Académie s'explique sur elles, et dise ce qu'elle en sait. M. Girardin appuie MM. Baron et Guersent, et ajoute que l'épidémie de variole qui existe maintenant à Paris, rend cette nécessité encore plus pressante, la vaccine étant réellement tombée un peu en discrédit parmi le peuple de la Capitale.

M. le Rapporteur répond, que la Commission a dit sur les éruptions varioloïdes tout ce qu'elle en savait, puisqu'elle n'a point de documens recueillis en France en quelque sorte, et qu'elle ne pouvait user que de ce qu'ont publié sur elles les étrangers. Il pense que la Commission a dit à leur égard tout ce qu'elle pouvait dire, en prouvant qu'elles laissaient tout entière l'évidence de l'utilité de la pratique de la vaccine. Beaucoup de Membres partagent cette opinion du Rapporteur : mais l'heure avancée oblige de renvoyer la continuation de la discussion à la séance prochaine. En finissant celle-ci, M. Breschet fait remarquer que l'épidémie varioleuse qui désole en ce moment Paris, ne doit pas être attribuée à l'oubli des vaccinations, mais au rassemblement dans cette Capitale de 60000 maçons, la plupart non-vaccinés, que le grand nombre des constructions y a attirés. C'est un fait qu'a vérifié M. le Prefet de police.

SECTION DE MÉDECINE.—*Séance du 13 septembre.*—*Ventouses sur les*

plaies empoisonnées.— M. Adelon lit un rapport de M. Laennec sur les expériences de M. Barry, médecin anglais, expériences qui consistent à prévenir l'absorption d'un poison déposé dans une plaie, en appliquant sur cette plaie une ou plusieurs ventouses (*Voy*. la séance du 9 août, pag. 131 du présent volume). Les Commissaires de la section ont vérifié la réalité des résultats annoncés par M. Barry; ils ont vu qu'une ventouse appliquée sur une plaie dans laquelle on avait mis de la strychnine en poudre, a empêché les effets de ce poison de se manifester, les a suspendus lorsqu'ils avaient déjà commencé à se montrer, et par conséquent paraît avoir prévenu l'absorption de la matière vénéneuse. Non-seulement ils ont vu répéter les premières expériences qu'avait indiquées M. Barry, mais ils lui en ont fait exécuter de nouvelles avec l'oxyde blanc d'arsenic, l'acide hydrocyanique et l'upas tieuté : 1.° 8 grains d'oxyde blanc d'arsenic sont introduits dans une plaie faite à la cuisse d'un chien; trois-quarts d'heure après, la ventouse est appliquée à cette plaie et y est maintenue pendant quatre heures, et l'animal n'éprouve aucun accident. Un autre chien sur lequel on fait l'expérience comparative sans employer la ventouse, est déjà fort malade au bout de quatre heures, et meurt à la quinzième; 2.° 6 gouttes d'acide hydrocyanique, au quart, sont de même versées dans une petite plaie faite à la cuisse d'un lapin; la ventouse est appliquée pendant douze minutes, et le poison ne manifeste aucun de ses effets; étant retirée alors, l'animal est saisi si brusquement de convulsions qu'on le croit mort, mais la réapplication de la ventouse le rend promptement à la vie et à son état premier de tranquillité; retirée de nouveau après douze minutes, le retour des accidens oblige encore à la réappliquer promptement, et elle l'est encore avec le même succès : enfin ce n'est qu'après douze minutes encore, c'est-à-dire plus de demi-heure après l'introduction du poison, que la ventouse pût être impunément retirée. Un autre lapin soumis par comparaison, mais sans la ventouse, à la même dose d'acide hydrocyanique, mourut en deux minutes. 3.° Enfin on expérimente avec 1 grain d'upas tieuté, et les résultats sont les mêmes; à deux reprises aussi, quoiqu'une demi-heure, trois-quarts d'heure après l'introduction du poison, l'ablation de la ventouse est marquée par l'apparition des convulsions, et toujours sa réapplication les fait cesser. Ici, le poison avait été introduit très-profondément dans la plaie, et c'était moins à la surface de celle-ci que sur le lieu occupé par le poison que la ventouse avait été appliquée. Les Commissaires concluent donc, avec M. Barry, que puisque dans ces expériences le poison n'a pas manifesté ses effets, c'est que la ventouse en a empêché l'absorption.—M. Barry, l'inventeur de ces expériences, en avait conclu encore que, si l'application de la ventouse fait cesser des accidens qui avaient commencé à se manifester, c'est que cette ventouse rappelle à la plaie et retire de la circulation la portion de poison qui avait été déjà absorbée. Les commissaires s'étaient tus sur cette dernière conclusion, mais M. Segalas la combat; selon lui, la ventouse ne fait cesser les accidens qu'en

prévenant l'absorption d'une nouvelle quantité de poison; et quant à celui qui a pénétré, s'il cesse bientôt d'agir, c'est parce qu'il est promptement rejeté hors de l'économie par les divers secréteurs excrémentitiels. Injectez, dit ce physiologiste, dans les vaisseaux d'un animal, assez d'alcohol pour jeter cet animal dans l'ivresse, mais pas assez pour le tuer, et vous verrez l'ivresse se dissiper promptement à mesure que l'alcohol est exhalé lui-même par les perspirations pulmonaire et cutanée : M. Magendie a vu de même les matières qu'il injectait dans les veines des animaux vivans, eau, dissolution de phosphore dans l'huile, être promptement exhalées par la membrane interne du poumon et par la peau. M. Adelon croit fondée cette manière de voir de M. Segalas, et l'appuie d'une lettre que lui a écrite à ce sujet M. Orfila. MM. Pariset et Dupuy, au contraire, font remarquer que, d'après cette explication, la cessation des accidens lors de la réapplication de la ventouse ne devrait pas être aussi prompte. La Section renvoie à la même Commission pour éclaircir cette difficulté, et pour essayer les effets des ventouses dans les cas de morsures de vipère.

Méthode ectrotique de la variole.—M. Husson provoque une discussion sur la méthode dite ectrotique de la variole, qu'a récemment conseillée M. Serres, et qui consiste à faire avorter les boutons varioleux d'une partie quelconque du corps, mais spécialement de la face, en frottant cette partie avec un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent, dans la proportion de 15, 30 ou 45 grains de ce sel dans une cuillerée à bouche d'eau (*Voyez* le Mémoire de M. Serres, tom. 8 des *Arch.*, pag. 220 et suiv.). M. Husson a essayé deux fois cette méthode et les malades ont succombé; il voudrait savoir quels résultats en ont obtenus d'autres confrères, et interpelle à cet égard les membres de la Section.—M. Girardin dit l'avoir essayée; mais bien que ce fût dans des cas très-favorables, l'apparition des symptômes d'arachnitis l'a forcé d'y renoncer.—M. Gasc annonce que M. Damiron l'a fréquemment employée au Val-de-Grâce, que ce médecin prépare un travail sur ce sujet, et qu'il a reconnu que cette méthode ne remplit pas le but que s'était proposé M. Serres, celui de conjurer les arachnitis.—M. Renauldin n'y a eu recours qu'une seule fois, et sur une variole discrète; les effets furent nuls, et la maladie suivit sa marche accoutumée; il est porté cependant à croire la méthode pernicieuse, comme augmentant la disposition aux phlegmasies des organes intérieurs.—M. Dupuy, ayant observé que la cautérisation de la clavelée chez les moutons laisse ces animaux susceptibles de reprendre cette maladie, craint que la cautérisation de la variole n'affranchisse pas l'économie du retour de cette maladie.—M. Andral père dit avoir appris que M. Serres avait perdu plusieurs des malades qu'il avait cautérisés.—M. Meyranx a répété les expériences de M. Serres à l'hôpital de la Pitié, sous la direction de M. Bally : en cautérisant isolément chaque bouton, à la manière de M. Bretonneau, on le fait avorter : en cautérisant une partie en masse, à la manière de

M. Serres, il n'en est pas de même ; le troisième jour après celui de la cautérisation, il se forme une croûte au-dessous de laquelle du pus s'amasse, attaque la peau et y creuse des excavations : quant à l'avantage qu'aurait cette méthode de prévenir les encéphalites, il n'est réel qu'autant qu'on a d'avance combattu, par les moyens appropriés, la prédispotion à ces encéphalites, et la cautérisation alors n'influe sur elles que comme moyen révulsif. — D'autres Membres se préparaient encore à prendre part à la discussion ; mais sur l'observation faite par MM. Bourdon et Louyer-Villermay, que M. Serres est absent, et pourrait donner des renseignemens utiles, elle est ajournée à la séance prochaine.

Muguet. — Rapport de MM. Girardin, Rullier et Baron sur un Mémoire lu par M. Veron, le 28 juin dernier, sur le muguet (*Voy.* séance du 28 juin, tom. 8 des *Arch.*, pag. 466). — Les rapporteurs ne partagent pas l'idée émise par M. Veron, que le muguet n'affecte jamais la membrane muqueuse de l'estomac, mais seulement celle de la bouche, du pharynx et de l'œsophage en haut, et celle du gros intestin en bas : l'un d'eux, en effet (M. Baron), l'a rencontré plusieurs fois dans l'estomac et le croit même aussi rare dans le gros intestin que dans ce viscère. Le même commissaire croit aussi devoir faire remarquer que le muguet commence, non à la base de la langue, comme on le dit généralement, mais à l'extrémité libre de cet organe, aux lèvres, à la face interne des joues, et s'étend delà d'avant en arrière et de haut en bas. Enfin les Commissaires pensent que le cas de perforation de l'œsophage, que M. Veron attribue au muguet, et cite comme exemple de l'existence de cette maladie dans le fœtus, était plutôt un ramollissement de la muqueuse de ce canal, analogue à celui qui précède les perforations de l'estomac.

Séance du 27 septembre. — Méthode ectrotique de la variole. — M. Serres fait lire, par M. Geoffroy St.-Hilaire, une note qu'il a préparée à l'occasion de la discussion qui a eu lieu, dans la séance dernière, sur ce qu'il a appelé *méthode ectrotique de la variole.* L'idée de cette méthode lui a été inspirée par deux observations principales. L'une est que le danger de la variole confluente est toujours rigoureusement en raison directe du nombre des pustules varioliques : M. Serres cite dans sa note plusieurs passages des ouvrages de Sydenham, qui prouvent que telle était aussi l'opinion de ce grand médecin ; il dit que c'était pour empêcher le développement d'une certaine quantité de pustules, que ce praticien proscrivit la méthode échauffante qui était suivie avant lui, et voulut que les malades restassent levés jusqu'au sixième jour, préférant voir se prolonger les accidens qui résultent d'une éruption incomplète qu'exposer les malades à une fièvre secondaire trop forte par suite d'une éruption considérable : il invoque aussi l'autorité des fameux inoculateurs Sutton, qui, dans la même vue de réprimer en partie l'éruption, faisaient promener leurs malades à l'air libre et même froid. L'autre observation dont est parti M. Serres, est que les varioles succombent sou-

vent à une encéphalite, laquelle n'est que consécutive à la tuméfaction énorme de la face, et survient dans les varioles confluentes à-peu-près de la même manière que dans les érisypèles de la figure. C'est donc pour faire avorter les boutons de la face, et par suite prévenir les encéphalites qui en sont la suite, que M. Serres a imaginé la cautérisation avec une solution de nitrate d'argent de cette partie du corps chez les variolés. Dans un espace de six années, il l'a pratiquée 23 fois, et il n'a perdu que deux malades. L'histoire de l'un est consignée dans son Mémoire : celle de l'autre le sera dans un second Mémoire qu'il va publier incessamment. Dans l'un ni dans l'autre, du reste, il n'y eut ni tuméfaction de la face, ni signes d'encéphalite; de sorte que dans ces deux cas même, l'indication qu'il avait en vue a été remplie. Mais jamais il n'a eu la folle pensée de présenter la cautérisation des pustules varioliques comme un spécifique absolu de la variole confluente; il n'ignore pas que cette phlegmasie est souvent compliquée de phlegmasies du canal intestinal, des organes thoraciques, de la moëlle épinière, contre lesquelles la cautérisation ne peut rien; il sait trop bien, d'après l'autorité de Sydenham, que les épidémies varioleuses sont rarement les mêmes, et que tel moyen qui a réussi dans l'une, échoue dans l'autre. Enfin il rappelle que, pour prévenir l'extension abusive qu'on pouvait donner à sa méthode, il avait averti dans son Mémoire, qu'il n'avait encore opéré que dans des cas très-favorables, et que l'ayant fait une fois dans un cas où il y avait une complication fâcheuse, le malade avait de même succombé. Ainsi il a donné le détail des insuccès comme celui des succès. M. Serres termine sa note, en assurant que jamais il n'a vu d'accidens produits par la cautérisation *locale* et *partielle* des pustules varioliques, et en annonçant qu'il va essayer d'arriver au même but, la diminution des pustules varioliques, par la vaccination des variolés.

Cette lecture fait reprendre la discussion qui avait été ajournée à la fin de la séance dernière. M. Husson avertit d'abord, qu'en parlant des deux malades qu'il a cautérisés et qu'il a perdus, il n'a été mu par aucun motif désobligeant pour M. Serres, mais par le seul désir de savoir à quoi s'en tenir sur une méthode que l'épidémie actuelle de variole exciterait à employer, si elle était reconnue utile. Il sait que M. Asselin y a eu recours trois fois, et sans succès aussi : dans un des cas même, des cicatrices étaient apparentes sur la face du cadavre, ce qui prouve que les pustules n'avaient pas avorté et avaient continué leur cours; il met sous les yeux de la section la pièce anatomique relative à ce dernier fait. — M. Miquel cite aussi quatre observations dans lesquelles on avait cautérisé une moitié de la face, laissant les pustules de l'autre moitié à leur libre cours, et chez lesquelles pourtant des cicatrices se montrèrent sur la moitié cautérisée comme sur l'autre. — M. Serres répond que par la cautérisation il ne s'est pas proposé de prévenir les cicatrices que laisse après elle la variole; que cela est sans doute un résultat possible de son procédé; mais que sa principale vue a été de prévenir les encéphalites : or, M. Hus-

son lui-même lui a dit, que les deux malades qu'il avait perdus après l'emploi de la cautérisation n'avaient aucuns signes d'encéphalite. — M. Lisfranc appuye M. Serres, et ajoute qu'en ce qui regarde les cicatrices, il faut avoir égard à l'époque à laquelle a été faite la cautérisation ; si elle est faite trop tôt, l'éruption se continue après elle et suit son cours ; si elle est faite trop tard, déjà les pustules sont en suppuration et le pus a corrodé le tissu de la peau : il faut aussi spécifier le degré de profondeur auquel s'est étendue la cautérisation. — M. Guersent, d'abord revendique pour M. Bretonneau de Tours la première pensée de cautériser les pustules de la variole, dans la double vue de les faire avorter et de prévenir les cicatrices qu'elles laissent après elles ; seulement ce médecin suit un procédé autre que celui de M. Serres ; au lieu de laver en masse avec une solution de nitrate d'argent la partie du corps où l'on veut faire avorter les boutons, il ouvre chaque pustule variolique, le 2.e jour de l'éruption, dès qu'elle commence à saillir et à contenir un peu de liquide, il en détruit la pellicule et y introduit un petit morceau de nitrate d'argent. M. Guersent ensuite parle des essais qu'il a faits des deux méthodes ; en opérant comme M. Bretonneau, et sur un petit nombre de pustules, toujours il les a fait avorter ; en opérant comme M. Serres, et même en bornant l'opération à une région circonscrite du corps, il n'a jamais réussi ; on suspend bien en apparence la marche de la maladie, mais quand la croûte produit de la cautérisation tombe, on voit au-dessous d'elle les traces des pustules varioliques qui ont continué leur cours. Enfin, M. Guersent avance que les encéphalites que M. Serres se propose principalement de prévenir par la cautérisation, ne sont pas les complications ordinaires de la variole ; rarement, dit-il, les séreuses sont enflammées dans cette maladie, mais bien les muqueuses des voies digestives et des poumons ; du moins il n'a jamais vu à l'Hôpital des Enfans l'encéphalite chez des variolés. — M. Serres répond à chacune de ces trois assertions de M. Guersent. En ce qui concerne la priorité qu'on réclame pour M. Bretonneau, il ne sait à qui elle est due ; il ignore quand M. Bretonneau a commencé à employer la cautérisation ; lui, y a eu recours dans les premiers mois de 1818. Pour ce qui est des effets du procédé de cautérisation qu'il a employé, il avoue qu'il se fait encore une lame mince de suppuration sous la partie cautérisée ; cependant le travail des pustules est anéanti en très-grande partie : c'est ce qu'on peut aller vérifier à son hôpital. Pour ce qui est enfin de la complication des encéphalites dans la variole, il est possible que M. Guersent ait été assez heureux pour ne la rencontrer jamais ; quant à lui, il la voit journellement, et plusieurs des cadavres qu'il a ouverts en présentaient des signes incontestables. — M. Leveillé a cautérisé une variole confluente le deuxième et le troisième jour de l'éruption, les pustules ont continué de se développer, mais elles étaient moins grosses ; néanmoins, le malade a succombé. Ce praticien croit avec M. Serres que l'encéphalite est une complication fréquente de la variole, et il cite un cas où il a conjuré cette complication

par le seul secours de bains tièdes et frais.—M. Magendie, au contraire, a essayé la cautérisation une fois, et elle lui a réussi. — M. Serres dit qu'il ne faut pas s'étonner que la cautérisation ne réussisse pas en 1825 aussi bien qu'en 1818, quand il en fit la première application; cela tient à ce que l'épidémie varioleuse de cette année a un caractère de mortalité très-prononcé. On a donné à entendre, ajoute-t-il, qu'il n'avait cité que les cas où la cautérisation lui avait réussi; et qu'il avait tû ceux où les malades avaient succombé. D'abord, il y a erreur en cette assertion, puisque son Mémoire contient les détails d'un cas qui a été mortel; ensuite, il est de fait qu'il n'avait perdu jusqu'à ces derniers temps que deux malades, soit parce qu'il choisissait toujours pour opérer les cas les plus favorables, soit parce qu'alors la variole était plus bénigne qu'elle n'est dans l'épidémie d'aujourd'hui; c'est même ce qui lui avait empêché jusqu'ici, malgré le vif désir qu'il en avait, de constater par la dissection jusqu'à quelle profondeur dans le derme s'étend la cautérisation. — M. Lisfranc atteste que, comme chirurgien attaché à l'Hôpital de la Pitié, il a assisté à toutes les cautérisations faites par M. Serres, les a pratiquées avec lui, et que jamais il n'a vu en résulter le moindre inconvénient. — M. Lherminier désire que, sans donner plus de suite aux réclamations personnelles de M. Serres, la section s'arrête à l'opposition qui existe entre ce médecin et M. Guersent, relativement à la complication des encéphalites, l'un disant cette complication fréquente, l'autre la disant très-rare.—La Section ferme la discussion en décidant, sur la proposition de M. Chomel, que chaque membre sera invité à communiquer les faits qu'il aura pu recueillir sur la matière qui a fait le sujet de ce long débat.

SECTION DE CHIRURGIE. — *Séance du 15 septembre.* — ***Anévrysme variqueux de l'artère carotide primitive droite et de la veine jugulaire du même côté.*** — M. Larrey présente un militaire âgé de 44 ans, qui, il y a six ans, à la suite d'un coup de pointe reçu au bas de la partie antérieure et latérale droite du cou, fut affecté de la maladie dont le nom est en tête de cet article. M. Larrey promet d'en communiquer l'observation.

Rétrécissemens de l'urètre. — M. Amussat lit un Mémoire intitulé: *De l'usage des injections forcées, dans le cas de rétention d'urine causée par un rétrécissement de l'urètre, et de l'emploi de ce moyen comme dilatant.* — Dans ce Mémoire, M. Amussat établit: 1.° que dans des cas de rétention d'urine rebelles, et auxquels on n'avait plus à opposer que le cathétérisme forcé ou la ponction à la vessie, il a réussi à faire uriner les malades par la seule injection forcée; 2.° que ce moyen, l'injection forcée, est préférable aux bougies pour commencer à dilater les rétrécissemens de l'urètre; 3.° qu'il ne faut même, dans ces cas de rétrécissemens, employer les sondes flexibles que pour augmenter l'action de ces injections, poussant alors la matière de celles-ci entre les parois de la sonde et celles de l'urètre. On se convainc, dit-il, aisément de l'action prompte et évidente des injections forcées; car, après qu'on les a faites, le jet de l'urine

est évidemment plus fort et plus gros, et les malades rendent évidemment plus d'urine en un même temps donné. Voici comme M. Amussat les pratique : il introduit une sonde flexible sans bec jusqu'au rétrécissement, entoure le pénis avec un compresseur, et ajoute au pavillon approprié de la sonde une bouteille de caoutchouc que l'on comprime graduellement avec une espèce de tourniquet. L'inconvénient d'introduire du liquide dans la vessie déjà distendue par l'urètre, est sans importance. A l'appui de ce qui est établi dans ce Mémoire, M. Amussat présente une préparation de l'urètre, qui fait voir que ce canal, au lieu d'être tortueux comme on l'a dit, est presque entièrement droit jusqu'à la prostate ; et sur cette pièce préparée il fait les expériences suivantes : 1.° ayant entouré le pénis d'une ficelle, et ayant par un nœud simple de cette ficelle oblitéré l'urètre, il fait voir que l'injection forcée suffit pour desserrer le nœud ; 2.° il introduit une sonde dans la vessie, puis adapte à cette sonde la bouteille de caoutchouc vidée d'air, et en desserre graduellement le tourniquet ; alors on voit que cette bouteille alors aspire ce qui était dans la vessie. On pourrait conséquemment se servir de ce moyen pour vider une vessie paralysée, et surtout pour aspirer, dans l'opération de la taille par le haut appareil, et de manière à épargner l'ouverture au périnée, l'urine au fur et à mesure qu'elle s'accumule dans la vessie.

La lecture de ce Mémoire donne lieu à quelques remarques de plusieurs des membres de la Section. — M. Lisfranc réclame pour M. Sœmmering l'honneur d'avoir eu le premier l'idée de dilater l'urètre par l'injection d'un liquide. — M. Richerand trouve aux bougies de gomme élastique de grands inconvéniens, et pense qu'il faut leur préférer les bougies emplastiques de Daran. — M. Cullerier, au contraire, croit que les bougies de gomme élastique convenablement faites, réunissent tous les avantages qu'on peut désirer.

M. le docteur Boulu lit des considérations sur la variole et la vaccine ; Nous en parlerons à l'occasion du rapport qui sera fait. — Il en sera de même d'une observation lue par M. le président au nom de M. Gentil, médecin à Poitiers, relative à un cas d'opération de hernie étranglée, pratiquée après la gangrène de l'intestin, et guérie complètement sans anus contre nature.

M. Richerand communique à la Section une observation d'abcès chez un nègre, dans laquelle le derme lui a paru offrir au tranchant de l'instrument une résistance plus grande que chez le blanc. La Section pense que ce seul fait ne suffit pas pour faire reconnaître au derme de la peau du nègre une plus grande densité.

Séance du 29 septembre. — Cataracte. — M. Silvy, de Grenoble, lit une observation sur une *obturation complète de la pupille*, *suite de l'opération de la cataracte*. Le sujet de cette observation était une femme, qui avait été opérée de la cataracte, et chez laquelle la pupille était restée obturée par les débris de la crystalloïde. — M. Silvy a guéri la malade par une opération, qui a consisté à introduire l'aiguille dont on se ser

pour abattre le crystallin au côté externe de l'œil, à une demi-ligne de l'insertion de l'iris, à dégager avec cette aiguille la pupille des débris de la crystalloïde et à entraîner ces débris dans le fond de la chambre postérieure de l'œil. M. Silvy dit avoir employé souvent avec succès, pour enlever ces débris, qui sont ce que les oculistes appellent les accompagnemens de la cataracte, des injections d'eau distillée, légèrement dégourdie. Ce qui, selon lui, est le plus propre à les faire arrêter dans la pupille, est le trop de petitesse de l'incision de la cornée; et la crainte de faire cette incision trop petite est une des nombreuses raisons qui doivent, dans l'opération de la cataracte, faire préférer le bistouri de Wenzel à l'instrument à ressort de Guérin, même corrigé par Dumont. Richter, Maître-Jan, Scarpa, ont bien professé qu'il n'était pas nécessaire de retirer par une opération ces débris de la crystalloïde laissés dans la pupille, attendu qu'avec le temps l'absorption les fait disparaître; mais M. Silvy croit que ce précepte n'est applicable qu'aux cas dans lesquels cette membrane a conservé sa pellucidité native, et non à ceux dans lesquels elle est devenue opaque et épaisse par suite d'une inflammation. Or, ce dernier cas était celui de la femme qu'il a opérée, et dont au moins la guérison se serait fait attendre très-long-temps, si on l'avait abandonnée à la seule nature. Si les débris de la crystalloïde engagés dans la pupille s'étaient enflammés, et par suite avaient contracté adhérence avec l'iris, il serait impossible de les précipiter avec une aiguille dans la chambre postérieure de l'œil, et l'on ne pourrait dans ce cas rétablir la vision qu'en pratiquant une pupille artificielle.

Variole et *Vaccine*. — MM. Gimelle, Demours et Gardien font un rapport sur un Mémoire relatif à la variole et à la vaccine qu'a lu dans la séance dernière M. Boulu, de Paris. Dans son Mémoire, M. Boulu rapportait deux faits de variole survenue chez des sujets vaccinés; et il se demandait si ces faits ne portaient pas à penser que la vaccine ne préserve de la variole que pour un temps, ou qu'elle a perdu de ses vertus depuis 25 ans qu'elle est mise en usage. M. Boulu se demandait encore si généralement on ne prenait pas pour les inoculations le virus vaccin trop tôt, avant sa complète maturité, et si, dans ces inoculations, on ne faisait pas un trop petit nombre de piqûres. Il concluait à ce qu'on ne prît le vaccin que le neuvième jour, à ce qu'on fît un plus grand nombre de piqûres, et à ce qu'on vaccinât tout invidu deux fois, l'une dans la première année de sa vie, et l'autre vers l'époque de la puberté. Les rapporteurs font remarquer que les deux faits relatés par M. Boulu ne suffisent pas pour autoriser les doutes que ce médecin élève sur les effets préservatifs de la vaccine; ne voit-on pas en effet des individus avoir plusieurs fois la variole? et pourquoi dès-lors la vaccine serait-elle plus puissante ici que la variole elle-même? Les commissaires rapportent cinq cas dans lesquels l'épidémie varioleuse actuelle a atteint des individus qui avaient eu primitivement la variole. Mais heureusement que ces récidives de la variole, soit après la première variole, soit après la vaccine, sont très-

rares ; et il est digne d'être remarqué qu'on n'en a observé aucun dans les établissemens publics où la vaccination est pratiquée avec soin.

SECTION DE PHARMACIE. — *Séance du 17 septembre.* — *Moyen de faire de la glace artificielle.* — MM. Robiquet et Henry font un rapport sur un Mémoire de M. Courdemanche, pharmacien à Caen, relatif à un nouveau moyen de faire de la glace. Ce moyen consiste en un mélange d'acide sulfurique et de sulfate de soude en poudre, quatre livres de l'un et cinq livres de l'autre : l'acide doit être à 36°, et on l'obtient à ce degré, en étendant cinq parties de cet acide à 66° avec cinq parties cinq dixièmes d'eau. Au lieu d'acide on peut employer le résidu de l'éther à 33° ; les proportions sont quatre livres quatre onces de ce résidu affaibli à ce degré, sur cinq livres huit onces de sulfate de soude.

M. Caventou a constaté la présence de la cholesterine dans le pus d'un abcès qui était situé sous l'os malaire ; et ce fait tend à prouver, selon ce chimiste, que la cholesterine est dans tous les cas une production animale morbide.

Calculs salivaires. — M. Robiquet lit au nom de M. Henry fils une note sur la composition chimique d'un calcul salivaire de cheval : ce calcul était composé de carbonate de chaux, 85, 52 ; carbonate de maguésie, 7, 56 ; de phosphate de chaux, 4, 4 ; muriate de soude, 0,04 ; matière organique azotée et perte, 2, 49. — Un calcul salivaire d'âne n'a pas offert à M. Caventou la même composition ; il n'y avait ni sous-phosphate de magnésie, ni muriate de soude, ni carbonate de magnésie ; mais carbonate de chaux, 916 ; sous-phosphate de chaux, 48 ; et ciment animal, 36.

Travaux de la Société royale de Médecine de Bordeaux, pendant l'année.

La notice dans laquelle sont exposés ces travaux a été lue en séance publique. Par conséquent, pour ne pas dépasser les bornes d'une lecture, les faits qui ont été communiqués à la Société par ses divers membres sont simplement rappelés. On n'en reproduit que les traits principaux. Un résumé aussi succinct ne peut servir que de mémorial aux personnes qui ont entendu tous les détails. Nous pensons que la Société de médecine de Bordeaux, composée de médecins si distingués et qui exercent leur art sur un théâtre aussi vaste, pourrait étendre davantage l'utilité de ses travaux et en faire profiter les gens de l'art qui n'assistent pas à ses séances. Il suffirait pour cela de donner aux observations qui sont rapportées dans la notice, du moins aux plus importantes, tous les détails qui seuls peuvent les rendre utiles et applicables à la science. Nous avons exprimé le même désir il y a un an. Nous renouvelons aujourd'hui le regret de ne le pas voir rempli ; parce qu'il nous semble encore plus fondé. Nous allons reproduire quelques-unes de ces observations qui nous ont paru intéressantes.

Fièvre muqueuse adynamico-ataxique. — « Au mois de décembre

dernier se manifesta une épidémie de *fièvre muqueuse* avec des symptômes *adynamico-ataxiques* chez quelques sujets, dans un local situé au faubourg Saint-Julien, affecté à deux pensionnats de jeunes filles, administrés néanmoins séparément. L'un de ces établissemens, tenu par les religieuses du Sacré-Cœur, possède la partie du local la mieux distribuée et la mieux aérée; on n'y admet que les enfans des familles aisées. Vingt-quatre de ces demoiselles ont été malades : aucune n'a péri. *L'irritation du canal intestinal*, assez active, chez *toutes*, s'est compliquée chez quelques-unes de *celle de l'encéphale*. Les saignées locales, la diète et les boissons tempérantes, ont généralement réussi. Dans les cas d'irritation encéphalique, on a eu recours en outre aux rubéfians. La fièvre ayant pris le type rémittent chez quelques-unes, on a combattu ce changement par des lavemens de quina. »

« L'autre établissement, dit de la Providence, se compose de plusieurs petites maisons réunies et mal aérées; on n'y reçoit que des filles indigentes, et elles y sont plus nombreuses que dans l'autre partie. Quoiqu'il n'y ait eu que dix-huit malades, elles l'ont été plus gravement que les autres; elles étaient de l'âge de douze à dix-sept ans; six n'ont cependant été que légèrement affectées, douze l'ont été d'une manière très-grave, et quatre en sont mortes. Ici on a remarqué que les saignées locales abondantes étaient plutôt nuisibles qu'utiles; on a obtenu de meilleurs effets de l'usage modéré des toniques et des excitans, comme le quinquina, le camphre et les rubéfians. A la nécropsie de l'une des mortes, on a trouvé les sinus de la dure-mère et les vaisseaux des méninges gorgés de sang, un épanchement séreux dans les ventricules latéraux du cerveau; l'abdomen, distendu par beaucoup de gaz fétides, offrait le péritoine épaissi et parsemé de points gangréneux (1): sa cavité contenait un liquide putréfié; le mésentère était aussi parsemé de points gangréneux et epaissi, et le gros intestin était perforé et gangréné en plusieurs endroits. Cette maladie a été attribuée à l'influence fâcheuse de la température douce et humide, et des brouillards épais et fétides qui ont régné dans le mois de décembre. L'encombrement, la mauvaise nourriture et l'état de contrainte dans lequel sont tenues les filles dans la maison de la Providence, doivent y avoir aussi contribué, d'autant mieux que ces enfans sont d'un tempérament mou et lymphatique. »

Quoi qu'il en soit de la dénomination de fièvre muqueuse avec sym-

(1) Sans vouloir nier formellement la réalité de ces altérations, dont la description trop succincte pourrait donner lieu à quelques contestations, nous ferons remarquer que l'épaississement et la gangrène des membranes séreuses sont assez rares; que très-souvent la superposition de lymphe coagulée et l'épanchement du sang dans le tissu cellulaire sous-séreux ont été confondus avec les altérations précédentes. Quoi qu'il en soit, dans ce cas ci, on ne peut douter qu'une inflammation intense n'ait déterminé ce qui a été observé sur le cadavre.

ptômes adynamico-ataxiques, imposée à une maladie dans laquelle l'irritation du canal intestinal, assez active, s'est compliquée de celle de l'encéphale, et qui a laissé après elle les altérations indiquées ci-dessus, il eût été curieux de pouvoir mieux apprécier les effets du traitement. On peut douter que le camphre, le quinquina et les rubéfians aient été plus utiles que la méthode antiphlogistique *employée convenablement*. Quatre malades, cependant, sont mortes. Le traitement antiphlogistique bien dirigé avait-il été mis exclusivement en usage pour ces dernières, etc., etc.? Jusqu'à quel point une maladie de nature semblable, qui ne différait dans les deux cas, suivant l'auteur, que par le degré et les conditions dans lesquelles elle s'était développée, exigeait-elle deux modes de traitement opposés? Nous ne prétendons pas qu'il n'en puisse être ainsi. C'était une question d'expérience que des faits nombreux et rapprochés pouvaient éclaircir; mais il fallait que toutes les circonstances fussent exposées, afin qu'il ne restât aucun sujet d'incertitude et de contestation. — L'observation suivante ne mérite pas les mêmes reproches à un égal degré.

Kyste séreux, situé à la région épigastrique, détaché des parties adjacentes par une inflammation suppurative. — « Une fille, âgée de trente ans, portait une tumeur considérable à la région épigastrique, vers l'hypocondre gauche, laquelle soulevait les côtes inférieures de ce côté, et s'était ainsi accrue progressivement depuis deux ans. Cette malade soumise à l'examen le plus attentif, la majorité de l'assemblée décida que cette tumeur, située derrière les muscles et les aponévroses de l'abdomen, était hors du péritoine et probablement de nature enkystée (1). Mais comme il était impossible d'y sentir aucune fluctuation, on conseilla d'y faire une ponction explorative; ce qui fut exécuté quelques jours après. Aussitôt un jet d'un liquide séreux et limpide sortit par la canule du trois quarts. D'après l'avis des consultans, la canule fut retirée, et la tumeur ne se vida pas. On appliqua sur son centre de la potasse caustique à plusieurs reprises, de manière à détruire successivement les parois de l'abdomen, dans l'étendue de près de deux pouces de diamètre. Le caustique ayant intéressé le kyste au bout de quelques jours, le liquide séreux sortit. Les jours suivans, le kyste s'enflamma, et une grande quantité de pus sortit par l'ouverture; en y introduisant le doigt, on sentait comme à nu les viscères abdominaux recouverts seulement par la toile péritonéale. Quelques jours après, le kyste détaché se présenta à l'ouverture des parois abdominales, et on le sortit presque tout entier. Dès-lors, la plaie se cicatrisa promptement, et la malade a repris ses occupations ordinaires. »

---

(1) Sur quels signes cette décision était-elle appuyée? La tumeur était-elle adhérente, ou bien se déplaçait-elle facilement, etc.? Ce n'est que par la connaissance de toutes ces circonstances, qu'on peut juger qu'un fait est semblable ou analogue à celui-là, et qu'on peut diriger le traitement d'après ce qui s'est passé.

Cyanose. — « M. Barres a observé, dans peu de temps, trois enfans qui présentaient la coloration bleue de la peau. Une fille, dès sa naissance, est atteinte de dyspnée, et la peau, sur diverses régions, se colore en bleu : ces symptômes augmentaient d'intensité par intervalle. Elle mourut à l'âge de six ans, et on trouva que le trou de Botal était ouvert. Un autre enfant, mort au même âge, et sur lequel on avait observé les mêmes symptômes, n'a présenté aucune altération dans le cœur ; le trou de Botal était oblitéré ; il y avait seulement un engorgement sanguin dans les poumons. Le troisième enfant, âgé de deux mois, avait seulement la peau bleue sur quelques régions. Un régime tempérant paraît avoir amené une amélioration dans son état. »

Effets du retour des lochies supprimées. — « Une femme, âgée de 30 ans, enceinte de six mois, fut guérie, par le sulfate de quinine, d'une fièvre rémittente délirante. Quelques jours après, elle accoucha d'un enfant qui ne vécut point : au bout de quelques heures, les lochies se suppriment, et des accidens cérébraux très-graves surviennent. Deux sangsues appliquées à la vulve rappelèrent les lochies et dissipèrent ces symptômes. »

Fracture compliquée de la colonne vertébrale. — « Une femme, de 48 ans, tomba d'un figuier assez élevé sur des pierres. On reconnut d'abord la fracture de la sixième côte droite ; mais ensuite, la paralysie du membre inférieur, des sphincters de la vessie et de l'anus, firent penser que la colonne vertébrale et la moelle épinière avaient été lésées. Cette femme mourut deux mois après l'accident. La nécropsie montra la fracture de la sixième côte droite, de l'apophyse épineuse de la quatrième vertèbre dorsale, et du corps de la cinquième vertèbre du dos. L'artère aorte thoracique était déviée et rétrécie de la moitié de son calibre, vis-à-vis le corps de la vertèbre fracturée. La colonne vertébrale, sciée selon sa longueur dans le lieu lésé, offrait un déplacement tel que le fragment supérieur du corps de la cinquième vertèbre descendait au-devant de la septième vertèbre, et le fragment inférieur remontait de deux pouces. Le canal rachidien de la dure-mère était déchiré dans cet endroit. La moelle épinière était aussi divisée dans le même lieu, et les extrémités de la division éloignées de plus d'un pouce. »

Rhumatisme guéri par le tartre stibié à haute dose. — « Une fille de 30 ans, rétablie d'une hémoptysie et d'une gastralgie assez vive, fut prise plusieurs mois après d'une douleur rhumatismale intense à l'une des articulations tibio-tarsienne, qu'on calma par une saignée locale. Deux jours après, le rhumatisme attaqua d'une manière violente presque toutes les articulations. On prescrivit le tartre stibié à la dose de six grains dans trois verres d'infusion de feuilles d'oranger, et on donna cette boisson par demi-verre toutes les heures. La première dose fit vomir ; les cinq suivantes ne provoquèrent pas de vomissemens, les douleurs diminuèrent sensiblement. Cette potion fut continuée pendant deux jours, et la malade guérit. L'effet de l'émétique ne produisit pas des sueurs ; il y

eut seulement une légère moiteur. La dysenterie qui existait en même temps disparut également. »

Tétanos.— « Une femme, de 46 ans, mourut d'un tétanos spontané. On trouva des traces de l'inflammation de la moelle épinière, surtout vers la sixième vertèbre dorsale, et la mollesse du prolongement rachidien paraissait en rapport avec l'intensité de l'inflammation. »

Il est de rigueur de décrire les altérations qu'on observe sur les cadavres jusqu'à ce qu'elles aient reçu une dénomination tellement invariable qu'on ne puisse pas se méprendre sur ce qui est indiqué. Il eût été important dans ce cas de connaître, d'une manière bien précise, l'altération dont la moelle épinière était le siége; ce fait aurait pu contribuer à éclaircir la nature du tétanos. Mais l'inflammation de la moelle n'est pas assez connue dans ses caractères anatomiques pour qu'il suffise de prononcer le mot inflammation.

Nous aurions pu citer quelques autres observations si le défaut de détails suffisans n'en eût ôté entièrement l'intérêt.

Prix proposés par la Société royale de Médecine de Bordeaux.

En 1823, la Société avait promis de décerner, dans sa séance publique de 1825, un prix de la valeur de 300 francs, à l'auteur du Mémoire qui aurait le mieux traité la question suivante : *peut-on se permettre d'injecter des substances médicamenteuses dans le système veineux de l'homme? Quels sont les médicamens qu'on peut introduire par cette voie? et quelles peuvent être les maladies qui exigent ce mode de médication.* La Société n'a reçu que deux Mémoires. Un de ces Mémoires, de M. le docteur Drousart, médecin, à Paris, donne un précis de l'état de la science sur le problème proposé, et l'histoire succincte des expériences tentées dans les deux derniers siècles et de nos jours. L'auteur soumet à une critique sage et éclairée ces divers essais; il relate les inconvéniens graves de ce mode de médication et en restreint l'emploi à quelques cas particuliers de la rage et du tétanos. Comme l'auteur ne donne aucun fait qui lui soit propre à l'appui de ses assertions, la totalité du prix ne lui a pas été accordée; il lui est seulement décerné une médaille d'or de la valeur de 100 francs. La Société retire la question du concours, après une épreuve de deux années.

La Société avait annoncé qu'elle décernerait, dans sa séance publique de 1825, un prix de 3000 francs à l'auteur qui répondrait, d'une manière satisfaisante, aux questions suivantes : *Quels sont les vices et les abus qui règnent dans les hôpitaux et hospices civils de la ville de Bordeaux, sous le rapport de la salubrité et du service médical? Quels seraient les moyens d'y remédier?* Ses intentions n'ayant pas été remplies, la Société remet cette question au concours. Pour faciliter l'ordre dans lequel elle désire que les objets soient traités, elle a modifié ainsi le problème : *Quelles sont les améliorations dont seraient suscep-*

tibles les hôpitaux de Bordeaux, sous le rapport de la salubrité du service médical et de l'enseignement clinique.

La Société se propose de donner, dans la même séance publique de 1826, un prix de la valeur de 300 francs à l'auteur du meilleur Mémoire sur ces questions : *Déterminer, par des expériences exactes les fonctions du pancréas. Décrire les maladies de cet organe et leur traitement, en s'étayant d'observations cliniques et de recherches d'anatomie pathologique.*

Les Mémoires, écrits en latin ou en français, doivent être adressés suivant les formes ordinaires, à M. Dupuch-Lapointe, secrétaire-général de la Société, rue des Trois-Conils, n.° 9, avant le 15 juin 1826.

Moyen de découvrir le sublimé corrosif à l'aide du galvanisme dans les cas d'empoisonnement. — M. Nicole, pharmacien à Dieppe, dans une lettre adressée à M. Boullay, s'exprime ainsi au sujet du fait où il a employé et constaté ce moyen :

« J'ai été appelé le mois dernier pour comparaître à la cour d'assises de Rouen, afin de donner des renseignemens sur une omelette empoisonnée. Elle contenait une assez grande quantité de sublimé corrosif; car une simple solution de cette omelette dans l'eau distillée suffisait pour ternir et blanchir, par le frottement, une pièce de cuivre décapée qu'on y plongeait. L'eau de chaux précipitait cette solution d'une couleur briquetée, et le nitrate d'argent y occasionait un dépôt abondant insoluble dans l'acide nitrique.

» Ce qui m'a le mieux réussi dans cette circonstance, et qu'il me semblerait avantageux d'appliquer à la médecine légale, c'est un procédé de M. James Smitson. Cet auteur a annoncé qu'il résulte un amalgame d'or et de mercure, de l'application d'une préparation mercurielle sur de l'or et un morceau d'étain, qu'on arrose de quelques gouttes d'acide hydrochlorique. On conçoit que le galvanisme seul agit comme agent de décomposition dans cette circonstance. Voici l'expérience telle que je l'ai faite.

» J'ai pris un anneau d'or, je l'ai recouvert en spirale d'une petite feuille d'étain roulée. D'une autre part j'ai placé une portion de l'omelette au sublimé dans un verre de montre, en y ajoutant un peu d'eau distillée, de manière à en former une sorte de pâte, et j'y ai plongé ma petite pile. L'addition d'une goutte d'acide hydrochlorique a déterminé la décomposition du sel mercuriel ; le mercure s'est porté sur l'or au pôle négatif, et l'acide hydrochlorique, ou mieux le chlore, au pôle positif.

» J'ai répété dix fois cette expérience, et toujours avec le même succès. Elle m'a paru assez intéressante pour appeler l'attention sur ce moyen d'analyse par la pile voltaïque, et pour en conseiller l'usage dans les cas d'empoisonnemens par les sels mercuriels. »

Affection syphilitique communiquée par des ventouses. — On nous communique la note suivante : — sans avoir connaissance du Mémoire présenté à l'Académie des Sciences, sur la circulation du sang, par M. Barry, et des expériences sur lesquelles il se fonde pour attribuer aux ventouses la propriété d'empêcher l'absorption des matières vénéneuses, il peut être utile de rappeler qu'en 1577, à Brunn, en Moravie, plus de deux cents personnes furent atteintes simultanément d'une maladie qui paraissait nouvelle et qui n'était qu'une sorte d'affection syphilitique. Or elles avaient été infectées en se faisant appliquer, chez un baigneur étuviste, des ventouses scarifiées, comme moyen de précaution, ce qui était alors fort ordinaire. Les plaies des scarifications, pratiquées avec des instrumens malpropres, par une personne probablement malade, étaient le siége primitif des ulcères et des pustules qui se répandaient delà sur le reste du corps. Les ventouses appliquées immédiatement sur les scarifications ne purent donc pas s'opposer à l'absorption du virus. Les conséquences de ce fait se présentent d'elles-mêmes. On en trouve les détails dans la dissertation de Thomas Jordanus, intitulée : *Brunnò Gallicus seu luis novæ in Moraviâ exortæ descriptio. Francofurti*, 1583 ; 8.° 2.me *edit.* M. Ozanam en donne un extrait dans son Traité des épidémies, sous le nom de maladie de Brunn. Astruc en avait fait mention dans son ouvrage *de Morbis venereis*, et en a rapproché les faits analogues rapportés par Georges Horst et observés à Bamberg, en 1603, par Sigismond Shizer[1], à Ulm, en 1662, par Horst lui-même, et en 1624, par Marc Widemann, à Windsheim, sur plus de 70 personnes. Chez tous, la maladie avait été contractée par l'emploi des ventouses.

N. B. J'ai vu moi-même, il y a 26 ans, à l'hôpital du Val-de-grâce, des militaires contracter la syphilis par les piqûres d'aiguille faites sur les bras ou la poitrine pour les tatouer. L'opérateur, qui était attaqué de cette maladie, avait l'habitude de tenir son instrument dans la bouche avant de s'en servir. (R. F.)

BIBLIOGRAPHIE.

Anatomie pathologique, dernier cours de XAVIER BICHAT, *d'après un manuscrit autographe de* P. A. BÉCLARD, *avec une Notice sur la vie et les travaux de* BICHAT ; *par* F. G. BOISSEAU, *etc., etc. Un vol. in-8.°*

En lisant le titre de ce livre, on doit être étonné d'une publication aussi tardive, et l'on doit se demander comment Béclard, qui fût si juste

appréciateur du talent de Bichat, a pu négliger de faire connaître ce manuscrit. Cette publication, doublement posthume, ne paraît-elle pas être en effet un reproche adressé à la mémoire du professeur dont nous avons à déplorer la perte récente? Ne semble-t-elle pas l'accuser d'avoir laissé ignorer l'ouvrage auquel on accorde aujourd'hui les honneurs de l'impression? C'est afin d'expliquer le silence de Béclard sur ce travail, et de répondre d'avance aux réflexions qu'il peut faire naître, que je crois devoir donner quelques détails sur le manuscrit qu'on vient de rendre public.

Ce manuscrit de Béclard encore élève, n'est qu'une copie de celui que j'ai entre les mains, et qui lui fut communiqué en 1805, par M. Guépin, aujourd'hui médecin très-distingué à Angers. Deux années s'étaient déjà écoulées depuis la mort de Bichat, quand M. Guépin rassembla les notes de ce cours d'anatomie pathologique. A cette époque, les élèves, encore tout remplis des souvenirs laissés par ce savant anatomiste, recueillaient avec avidité tout ce qu'on lui attribuait, et l'enthousiasme général qui faisait accueillir tout ce qu'on croyait avoir été transmis par lui, indique suffisamment la source des inexactitudes et des erreurs qu'on rencontre au milieu des vérités que renferme l'ouvrage dont il est ici question. Si l'on ajoute à ces diverses circonstances que M. Guépin n'assista point à ce dernier cours de Bichat, et qu'il ne l'a rédigé, ainsi qu'il me l'écrit lui-même, « que sur des cahiers informes et d'une rédaction peu soignée, » on concevra aisément qu'il ait été surpris de la publicité qu'on vient de donner à son travail, qu'il ne regarde que comme une tradition fort imparfaite des leçons de Bichat. Béclard, qui était un juge bien compétent en semblable matière, et qui connaissait ces différentes particularités, pouvait-il considérer ce manuscrit « *comme un document précieux pour l'histoire de l'art*, et comme « *un supplément plein d'intérêt* aux œuvres de Bichat? » Si telle avait été son opinion, il eût fait connaître ce travail quand il publia les *Additions à l'anatomie générale*. Je ne pense pas, en effet, qu'on puisse croire que Bichat ait enseigné que « le poumon est un *tissu simple*, attendu que son analogue ne se trouve nulle part (pag. 159); que dans l'hydrocéphale la sérosité pénètre rarement dans la colonne vertébrale, parce que *l'origine des nerfs ferme la communication* (pag. 73); que de toutes les parties que contient le crâne, l'*arachnoïde seule peut s'enflammer*; que *jamais* on n'a trouvé la substance du cerveau phlogosée, et que la dure-mère, par sa structure fibreuse, n'est pas susceptible de le devenir (pag. 70); qu'en faisant remarquer d'une manière générale que les altérations morbides ne se propagent pas aussi facilement les unes que les autres, il ait ajouté que les ossifications artérielles, par exemple, *ne s'étendent jamais* (pag. 15); que rarement il s'établit des sympathies entre les autres organes et la membrane de l'urètre, ce qui tient à ce que les parties génitales ne participent presque jamais aux affections de l'économie (pag. 125), etc., etc. » Quelques-unes de ces assertions se trouvent modifiées, il est vrai, dans des articles subséquens;

mais elles n'en démontrent pas moins l'inexactitude de cette tradition du dernier cours de Bichat, car elles ne peuvent être attribuées ni à lui, ni à l'époque où elles ont été recueillies, puisque les faits auxquels elles se rapportent étaient alors connus depuis long-temps; d'ailleurs, on doit d'autant plus douter que Bichat ait professé peu de temps avant sa mort de semblables opinions, que la plupart d'entre elles se trouvent formellement contredites par plusieurs passages de l'*Anatomie générale.*

Enfin, à ces observations qui justifient pleinement le silence de Béclard sur le manuscrit qu'il avait copié lui-même, j'ajouterai ici les considérations qui empêchèrent Buisson de publier, en 1803, ce dernier cours de Bichat. « Bichat avait vraiment ouvert une route nouvelle en anatomie pathologique, dit-il (*Anat. descrip. de Bichat, t. IV. Discours prél.*, pag. 15 et suiv.), en distinguant le premier les maladies des tissus et les maladies des organes; en développant mieux qu'on ne l'avait fait les avantages des ouvertures cadavériques, et en donnant des règles à suivre dans ce genre d'étude; lui-même avait parcouru la carrière et enrichi la science de plusieurs faits nouveaux : cependant il ne croyait pas pouvoir encore mettre au jour le fruit de ses recherches; il sentait qu'en traitant pour la première fois un sujet aussi étendu, il avait été comme impossible de ne pas laisser échapper bien des erreurs; qu'une observation longue et réitérée des altérations organiques pouvait seule servir de base à des principes solides, et qu'en se pressant trop on risquait de généraliser mal à propos des assertions qui ne convenaient qu'à certains faits particuliers..... Il savait qu'un traité d'anatomie pathologique devient nécessairement, et pour ainsi dire, sans qu'on s'en aperçoive, un traité nosographique, ce qui exige, de la part de l'auteur, une étude clinique longue et réfléchie. Si ces considérations ont retenu Bichat, ne doivent-elles pas, à plus forte raison, nous retenir encore? *Serait-ce honorer dignement sa mémoire que d'aller directement contre ses intentions, en publiant un travail qu'il jugerait lui-même imparfait?* »

« Je le répète, ajoute Buisson, la meilleure et même la seule manière de rendre à la mémoire de Bichat de dignes hommages, c'est de respecter les dernières intentions que Bichat avait clairement manifestées; or, ces intentions étaient de *ne rien imprimer sur l'anatomie pathologique* avant d'avoir réitéré ses recherches et fait disparaître quelques erreurs qu'il reconnaissait ou qu'il soupçonnait dans ce qu'il avait déjà enseigné sur cette science. Les esprits justes et droits voudront bien en croire un témoin fidèle à qui Bichat avait accordé sa confiance la plus intime, et qui connaissait d'autant mieux les projets de son ami qu'il devait coopérer à leur exécution. »

C. P. OLLIVIER (d'Angers).

Cours sur les généralités de la médecine-pratique et sur la philosophie de la médecine; par J. J. Leroux, *docteur-régent de l'ancienne Faculté de Médecine de Paris, etc., etc.; tome premier. Ouvrage publié par livraisons.*

En annonçant cet ouvrage dans un des numéros précédens de ce Journal, nous avons dit quel en était le plan et comment l'auteur avait su jeter un intérêt nouveau sur le sujet qu'il s'est proposé de traiter, en joignant en quelque sorte l'exemple au précepte. Les quatre livraisons qui se sont succédées régulièrement chaque mois, et dont la dernière vient de paraître, complètent le premier volume. Cette première partie est presqu'entièrement consacrée à l'étude du diagnostic, que l'auteur a fait précéder de quelques remarques générales sur la médecine, et spécialement sur celle qui a pour base l'observation des faits. Il jette un coup-d'œil rapide sur les systèmes et les théories en médecine, et fait à leur sujet des réflexions fort sages qui le conduisent à conclure qu'il n'y a, et qu'il ne peut y avoir que la médecine d'observation; il se trouve ainsi naturellement amené à parler du diagnostic, et convaincu par l'expérience de toute son importance en médecine pratique, l'auteur s'appesantit sur l'examen des symptômes qui caractérisent chacune des nombreuses maladies dont il trace l'histoire. Il passe d'abord en revue les affections variées de la peau: ses descriptions, claires, précises et rapides, annoncent à-la-fois le professeur et le praticien; elles frappent d'autant plus qu'elles sont accompagnées d'observations cliniques dont chaque circonstance vient confirmer la vérité du tableau où la maladie a d'abord été tracée. On lira avec intérêt, et surtout aujourd'hui, l'article relatif à la variole. L'histoire des autres phlegmasies cutanées fait regretter que M. Leroux n'ait pas consacré un plus long chapitre à l'étude des Dartres, et nous ne pensons pas comme lui, qu'il y aurait eu inconséquence de sa part, s'il eût présenté une description plus détaillée de ces maladies après e traité que M. Alibert a publié sur cette matière: nous croyons même qu'il pouvait encore, sous ce rapport, rendre service à la science. L'auteur examine ensuite les maladies des différens organes de l'appareil digestif, et rapporte à leur sujet des observations fort intéressantes; cependant on pourrait désirer plus de précision dans les détails d'anatomie pathologique de quelques-unes d'entre elles. Ainsi, par exemple, on ne reconnaît pas les caractères anatomiques de la gangrène dans deux cas où l'on décrit sous ce nom une altération remarquable de l'œsophage et de l'estomac. Il eût aussi été important de décrire l'aspect du foie de l'individu qui n'avait pas de vésicule du fiel (5.e *obs.*) — Ces imperfections que M. Leroux n'a pu faire disparaître, puisqu'elles appartiennent à des observations qui n'ont pas été rédigées par lui, n'ôtent rien, d'ailleurs, au mérite d'un ouvrage éminemment pratique, dont l'utilité et l'intérêt sont justifiés par le succès qui a suivi sa publication. Ollivier.

Traité des plaies, ou considérations théoriques et pratiques sur ces maladies; par John Bell, *membre du Collège des chirurgiens d'Edimbourg, etc.; traduit de l'anglais sur la troisième et dernière édition, et augmenté de notes; par* J. L. E. Estor, *agrégé en exercice près la Faculté de Montpellier, et membre de plusieurs Sociétés savantes.*

Dans la première partie de cet ouvrage, l'auteur considère les plaies d'une manière générale. Le chapitre premier a pour sujet la réunion immédiate. Les avantages attachés à ce mode de pansement y sont retracés avec une grande fidélité et avec une sorte d'éloquence qui suffirait pour prouver que l'auteur est un des plus zélés partisans de la réunion *par première intention*. M. John Bell s'efforce de démontrer que la réunion immédiate ou l'adhésion ne s'opère point par l'intermède de cette forme d'inflammation à laquelle Hunter a donné le nom d'inflammation adhésive. Nous ne partageons pas l'opinion de l'auteur à cet égard, quelque spécieux que paraissent les argumens dont il s'appuie, et nous croyons, avec le célèbre Hunter et avec presque tous les chirurgiens de nos jours, que l'inflammation joue un rôle essentiel dans le mécanisme de la cicatrisation des plaies réunies par *première intention ou d'une manière immédiate*. Dans le chapitre second, M. Bell traite des plaies des artères. Il commence par décrire les anastomoses artérielles des membres supérieur et inférieur, et démontre, par des faits positifs, contre l'opinion généralement reçue alors (1), que l'on peut lier, à son origine, la principale artère d'un membre, sans que la circulation et la vie, qui en est pour ainsi dire, la compagne, soient suspendues dans ce membre. Les deux chapitres suivans sont consacrés à l'histoire des changemens qui se passent dans les artères blessées, et à l'exposition des procédés *hémostatiques*, soit naturels, soit artificiels ou chirurgicaux. M. John Bell établit que l'oblitération des artères sur lesquelles on a appliqué une ligature est le résultat de leur inflammation, et réfute victorieusement l'opinion de J. L. Petit, celles de Morand, Pouteau, White, Kirkland, etc., relativement au mécanisme de la guérison des blessures artérielles. En faisant l'histoire de la ligature des artères, M. Bell rend au génie chirurgical de notre Paré, auteur de cette importante découverte, le plus juste et le plus éclatant hommage. Dans les chapitres cinquième et sixième, M. J. Bell se livre à l'étude des plaies d'armes à feu. Ce sujet est traité avec beaucoup de soin, et l'auteur fait preuve, dans cet article, d'une vaste expérience et d'un esprit d'observation dont peu de chirurgiens sont doués à un degré si éminent (2). Le chapitre septième roule sur les plaies par

(1) La première édition du *Traité des plaies* est de 1796.

(2) A l'époque où l'auteur publia la troisième édition de son ouvrage, les plaies d'armes à feu méritaient d'occuper sérieusement l'attention des chirurgiens : c'était en 1812. On sait combien ces maladies étaient alors communes.

instrumens piquans et tranchans : les ouvrages les plus récens n'ont presque rien ajouté aux principes et aux faits contenus dans ce chapitre. Le huitième chapitre a pour objet le traitement médical des grandes plaies. Les préceptes qu'il renferme, excellens pour le temps où l'auteur écrivait, ont subi de nos jours de grandes et utiles modifications.

Dans la seconde partie de son ouvrage, M. J. Bell, particularisant davantage son sujet, considère les plaies dans les différentes régions du corps qu'elles intéressent, et il passe successivement en revue les plaies de la poitrine, du bas-ventre, de la tête et du cou. Partout l'auteur expose les idées les plus saines sur les phénomènes de ces plaies, sur le danger de leurs complications, et sur les divers accidens qu'elles entraînent après elles : il propose pour leur traitement les moyens les plus rationnels, fait connaître les immenses ressources de la nature médicatrice, et se montre aussi bon physiologiste que praticien habile. M. J. Bell termine son travail par l'examen des plaies des membres qui réclament l'amputation, l'une des plus graves questions de la chirurgie *traumatique*, sur laquelle les chirurgiens les plus illustres ont émis des opinions diamétralement opposées, et qui aujourd'hui même n'est peut-être pas entièrement éclaircie. Quoi qu'il en soit, l'auteur du *Traité des plaies* s'est fait un devoir d'approfondir cette matière. Après avoir présenté les faits et les raisons par lesquels les uns ont proposé et les autres ont proscrit l'amputation des membres affectés de blessures extraordinairement graves, et avoir ainsi mis, en quelque sorte, sous les yeux les pièces de ce grand *procès* chirurgical, M. J. Bell, dans une série d'aphorismes tracés de main de maître, émet son jugement, et détermine quels sont, à son avis, les cas qui nécessitent l'ablation d'un membre. Il pense, avec raison, que cette cruelle nécessité étant une fois bien reconnue, il faut, ainsi que l'a proposé Ledran, pratiquer l'amputation le plus tôt possible. Il convient que l'on a été assez heureux pour obtenir la guérison de certaines plaies, pour lesquelles l'amputation avait été jugée indispensable : mais il ajoute judicieusement que ces faits extraordinaires ne sont que des exceptions aux règles générales, et qu'il vaudrait peut-être mieux les ignorer que d'en faire une application fausse et dangereuse. »

Cette rapide analyse suffit pour donner une idée extrêmement favorable du *Traité des plaies*, de M. J. Bell. On s'étonnera qu'un ouvrage si remarquable, qui renferme presqu'en entier les belles considérations de Scarpa sur la circulation collatérale et anastomotique et sur le traitement des plaies des intestins, n'ait pas plus tôt été traduit dans notre langue. Aucun autre ouvrage n'était plus digne de cet honneur. Nous devons donc remercier M. le docteur Estor de nous avoir enrichi d'une aussi précieuse traduction. Grace aux notes importantes ajoutées à l'orinal, par son savant traducteur, auteur lui-même d'un *Essai de traumatologie* très-recommandable, grace à ces notes, le *Traité des plaies* de M. J. Bell doit être considéré comme la meilleure monographie que nous

possédions sur ce sujet. Les élèves et les praticiens eux-mêmes ne sauraient trop méditer cet important ouvrage. Pour donner d'ailleurs à nos faibles éloges une autorité digne de leur sujet, nous ne saurions mieux faire que de rapporter ici le jugement du célèbre Scarpa, sur le *Traité des plaies* de M. J. Bell. Or, voici ce qu'en dit cet oracle de la chirurgie italienne : « *Oh qual nebbia mi si diradò davanti ogli occhi, allorch'ebbi letti i discorsi di gioviani Bell sulle ferite ! i discorsi portano in fronte il vero carattere della originalità.* » Quel nuage se dissipa devant mes yeux, quand j'eus lu les recherches de M. J. Bell sur les plaies ! Ces recherches portent le véritable cachet de l'originalité. J. Bouillaud.

Traité anatomico-pathologique des fièvres intermittentes simples et pernicieuses, fondé sur des observations cliniques, sur des faits de physiologie et de pathologie comparées, sur des autopsies cadavériques, et sur des recherches statistiques recueillies en Italie, et principalement à l'hôpital du Saint-Esprit, de Rome, pour les années 1820, 1821 *et* 1822 ; *par* E. M. Bailly, *etc.*

L'Italie, que l'on pourrait en quelque sorte regarder comme le berceau des fièvres intermittentes, a offert dans tous les temps aux médecins de fréquentes occasions d'observer et de décrire ces affections dont Baglivi, Torti, Lancisi et autres nous ont transmis de si fidèles histoires. M. Bailly, dont nous annonçons l'ouvrage, guidé dans ses recherches par le désir de fonder sur des faits une explication nouvelle de *l'intermittence* et *de la périodicité*, a cru pouvoir traiter ce sujet d'une autre manière que ces célèbres observateurs. Nous allons exposer succinctement les principales idées développées dans son livre.

Les animaux ne sont point, comme l'homme, sujets aux fièvres intermittentes ; sous la même influence morbide, il se développe chez les uns des fièvres ou affections dont la marche est continue, chez l'autre des fièvres intermittentes. Cette différence tire sa source de ce que, pendant la veille et le sommeil, le tronc de l'homme est alternativement dans une situation verticale et horizontale, tandis que celui des animaux est toujours dans une situation horizontale. Chez l'homme, la circulation éprouve dans chaque nyctheméron une modification remarquable : le sang se porte alternativement sur le tube intestinal ou sur le cerveau, suivant qu'il est debout ou couché. Il se fait chaque jour, au réveil, une congestion *matutinale* sur l'estomac et le tube intestinal, laquelle est insensible dans l'état normal, mais qui peut *s'exagérer* sous l'influence de certaines causes morbides, et devenir un phénomène pathologique. Ainsi donc une fièvre intermittente est, suivant notre auteur, « l'exagération d'actes organiques qui composent un nycthéméron et qui ont lieu de la manière suivante : 1.° congestion matutinale de l'estomac et des intestins ; 2.° augmentation des différentes influences nerveuses qui s'exer-

çent sur toute l'économie ; 3.° cessation de la congestion par la position horizontale. » La fièvre consiste donc dans cet état d'irritation du système nerveux abdominal, déterminé par la congestion toute mécanique qu'éprouvent l'estomac et les intestins. Si l'influence nerveuse est générale, les symptômes fébriles sont généraux ; ils sont locaux, au contraire, lorsque l'influence nerveuse agit particulièrement sur tel ou tel organe. — Cette irritation nerveuse est d'abord accompagnée d'une simple congestion sanguine dans la texture des organes. Cette congestion donne lieu plus tard à une véritable altération de tissu, ou à une inflammation ; de sorte qu'il y a trois choses importantes à considérer dans les fièvres intermittentes : 1.° irritation nerveuse ; elle peut exister sans laisser après elle de traces sur le cadavre; 2.° congestion ; 3.° inflammation. M. Bailly fait observer que M. Broussais, en généralisant trop l'inflammation, en appliquant cette dénomination à des affections très-variées, a, pour ainsi dire, mérité le reproche d'ontologie, si souvent adressé par lui-même et par les écrivains de son école à nos prédécesseurs. Quant à notre auteur, il réserve le mot inflammation pour tous les phénomènes qui appartiennent aux travaux de nutrition, décomposition, secrétion, absorption, et qui donnent naissance à l'épaississement des membranes, aux tumeurs, aux ulcérations, aux perforations, à la transformation des tissus, à leur érosion, à leur désorganisation ; l'irritation a toujours pour siége le système nerveux excité, soit directement, soit sympathiquement par des causes morbides. Cette irritation nerveuse constitue la fièvre, elle réagit sur le cerveau, le cœur, l'estomac, les intestins, et cause le délire, l'accélération du pouls, le trouble des fonctions digestives, etc., etc. L'inflammation a une durée nécessaire, elle parcourt des périodes distinctes et se termine par des crises. Une fièvre intermittente sans lésion locale n'aura point de durée ni de terminaison fixe. Une fièvre intermittente diffère essentiellement d'une fièvre continue, laquelle est toujours symptômatique. C'est d'après ces idées générales, dont nous traçons succinctement ici l'ensemble, que M. Bailly a rédigé son livre où se trouvent exposés : 1.° les causes des fièvres. Il a remarqué, comme tous ses prédécesseurs, qu'elles se développaient à Rome, pendant l'été, dans les lieux exposés aux émanations marécageuses, quand le printemps avait été pluvieux, et lorsque les vents du Sud soufflaient long-temps ; 2.° les affections locales accompagnent le mouvement fébrile. Les observations nombreuses et exactes qu'il rapporte conduisent toutes à ce résultat général, c'est qu'après les fièvres intermittentes pernicieuses, l'auteur a rencontré des traces d'une inflammation violente des membranes du cerveau, du cerveau lui-même, de la membrane muqueuse gastro-intestinale surtout, des engorgemens du foie et de la rate, des ruptures de cette dernière, quelquefois des traces d'inflammation du poumon et des membranes séreuses, etc. ; 3.° l'indépendance de la fièvre et des lésions locales ; 4.° la théorie de la mort par les fièvres simples et pernicieuses ; 5.° le traitement ; 6.° le diagnostic et le pronostic. Enfin l'ouvrage est terminé par

des tableaux du mouvement des différens hôpitaux de Rome, et de la population de la ville.

L'explication de l'intermittence et de la périodicité donnée par l'auteur et rapportée à cette modification nyctémérale de la circulation pourra bien n'être pas généralement admise ; car bien qu'on soit quelquefois obligé d'avoir recours, pour expliquer certains phénomènes de notre économie, aux lois de la physique et de l'hydraulique, on ne peut se dissimuler que l'on s'expose à tomber dans l'erreur lorsque l'on cherche à rapporter exclusivement à des causes mécaniques les phénomènes qui se passent au sein des organes vivans. Or, on pourrait peut-être regarder comme forcée l'explication mécanique que M. Bailly donne ici de l'intermittence et de la périodicité, surtout en considérant que certains faits de pratique et d'expérience peuvent s'élever contre sa théorie. C'est ainsi que des accès de fièvres ont été retardés ou évités par des exercices où le malade conservait une position verticale, tels que les fatigues de la chasse, une marche forcée ou l'équitation. D'ailleurs il y aura toujours quelque chose d'hypothétique dans la manière dont la congestion abdominale influence le système nerveux et y apporte un trouble si subit et si grand. La nature intime de la fièvre ne nous sera donc point encore expliquée par cette théorie. Ce point de doctrine est enveloppé d'un voile que M. Bailly n'a point déchiré, lorsque, voulant définir le sens qu'il attache au mot fièvre, il a dit : « Un accès de fièvre n'est point le résultat d'une fonction spéciale exagérée, c'est l'altération d'une fonction d'ensemble dont le siége est partout et nulle part » : rien n'est plus vague que cette assertion, et ce *partout* et *nulle part* tient par trop du merveilleux et ne convient point au langage exact d'une science d'observation. Nous ne sommes point encore arrivés, il est vrai, au point de pouvoir localiser les fièvres intermittentes. Nous ne pouvons rigoureusement admettre avec MM. Broussais et Mongellaz, qu'il existe des inflammations intermittentes du tube digestif dont le développement et la disparition causent alternativement l'invasion et la cessation de l'accès fébrile. Mais devons-nous pour cela admettre en dernier ressort l'essentialité des fièvres ? Peut-être parviendrons-nous plus tard à reconnaître l'organe ou l'ensemble d'organes qui en est le point de départ. Déjà MM. Georget et Rayer ont été conduits par des faits nombreux et des rapprochemens heureux à supposer que le cerveau ou l'appareil cérébro-spinal pourraient bien être le siége de la fièvre intermittente. Ils ont localisé ce siége dans un point du système dont l'explication de M. Bailly embrasse l'ensemble, et sous ce rapport leur opinion paraîtra moins vague et plus vraisemblable.

Quoi qu'il en soit des idées particulières que cet ouvrage renferme, on y trouve des observations recueillies avec soin et des faits d'anatomie pathologique intéressans. L'auteur a développé et soutenu ses idées avec toute la bonne foi d'un homme qui croit à la vérité de ce qu'il avance. Ses conséquences thérapeutiques découlent naturellement de sa théorie nouvelle. Il regarde, avec tous les auteurs, le quinquina comme le meil-

leur fébrifuge, mais en outre il conseille les émétiques et les purgatifs comme propres à *épuiser les forces nerveuses*, et il recommande au fébricitant la position horizontale. Enfin si cet ouvrage ne nous donne pas la solution du problème de l'essentialité des fièvres, il peut être du moins considéré comme une pièce bonne à consulter dans le grand procès des doctrines médicales. C. BILLARD.

Galerie médicale; portraits des médecins les plus célèbres de tous les pays et de tous les siècles, depuis HIPPOCRATE *jusqu'à nos jours, dessinés et lithographiés d'après les originaux les plus authentiques; par* P. R. VIGNERON; *accompagnée de notices biographiques et littéraires, rédigées par* G. T. DOIN, *D. M. P.; publiée par* ENGELMANN (1). *Première et deuxième livraisons.*

« L'influence que les médecins de tous les pays et de tous les siècles ont exercée sur la civilisation, les services nombreux qu'ils ont rendus aux sciences, à la littérature, à la philosophie, sont, depuis long-temps, connus et appréciés. Toujours à la tête des hommes éclairés pendant les siècles de lumière, ce sont les médecins qui, dans les ténèbres du moyen âge, ont su conserver les connaissances acquises par les anciens.... »

«Ce sont les portraits de ces hommes justement célèbres, c'est l'histoire abrégée de leurs actions, de leurs vertus, de leurs écrits, que nous publions aujourd'hui.... » Ce passage, tiré du Prospectus de la Galerie médicale, fait suffisamment connaître le but et l'intérêt de cette entreprise. Le choix que l'éditeur a fait de l'un des artistes les plus distingués de la capitale pour lithographier les portraits, concourra beaucoup au succès. Les deux livraisons que nous avons sous les yeux et qui comprennent Hippocrate, Gaspard Bauhin, Ambroise Paré, Fernel, Galien, Léonard Fuchs, Guillaume Harvey et Borelli, doivent nous faire bien augurer de celles qui les suivront; les portraits sont dessinés avec la pureté et le talent connus de l'artiste auxquels ils sont dus. Les notices, généralement écrites avec goût, présentent les traits les plus saillans de la vie et du talent des hommes auxquels elles sont consacrées. Nous ne pourrons, du reste, juger cette partie de l'ouvrage que lorsqu'il sera terminé ou du moins plus avancé. Seulement nous pensons que, si la Galerie médicale ne doit se composer que de cent portraits, peut-être Gaspard Bauhin et Léonard Fuchs n'auraient-ils pas dû y obtenir une place. Nous ne faisons qu'émettre un simple doute.

(1) La Galerie médicale renfermera environ cent portraits. L'ouvrage, imprimé sur grand-raisin superfin vélin, sera publié par livraisons qui paraîtront de mois en mois. Chaque livraison contiendra quatre portraits et huit pages de texte. Le prix de la livraison est, sur papier blanc, de 6 fr., et sur papier de Chine, de 9 fr.

IMPRIMERIE DE MIGNERET, RUE DU DRAGON, N.° 20.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

NOVEMBRE 1825.

Observations de deux maladies qui ont offert tous les caractères de la fièvre jaune, suivies de quelques réflexions; par J. M. Rennes, *médecin-ordinaire au quatrième corps de l'armée d'Espagne.*

Les cas de fièvre jaune observés sporadiquement, sont assez rares pour qu'ils méritent d'être recueillis dans les annales de la science. Ayant eu occasion d'observer deux faits de ce genre dans la dernière campagne d'Espagne, j'ai pensé qu'il ne serait pas inutile de les faire connaître dans un moment où les discussions relatives à l'origine de la fièvre jaune et à la contagion de cette maladie, viennent d'être renouvelées, à l'occasion de l'offre faite à l'Académie des sciences par MM. Lassis, Lasserre et Costa. Un autre motif doit m'engager à ne pas garder plus long-temps sous silence les deux observations que je possède : M. Coste, à qui j'en avais donné connaissance, a jugé à propos d'en faire mention dans une relation médicale de la campagne d'Espagne, en 1823, insérée dans le 16.e volume des Mémoires de médecine et de chirurgie militaires. Cette circonstance d'une publicité anticipée

ne me permet pas d'en laisser ignorer les détails. Il faut que chacun puisse juger si les deux faits dont il est question appartiennent vraiment à la fièvre jaune et jusqu'à quel point ils peuvent être invoqués en faveur de l'opinion qui refuse à cette maladie une origine constamment exotique, et la propriété de se transmettre par contagion.

Obs. I.re — Perjol, soldat royaliste espagnol, arrivé par évacuation à l'hôpital militaire de Gironne, dans la nuit du 2 au 3 du mois d'août 1823, faisait partie des troupes employées au blocus d'Hostalrich, petit fort de la Catagne, que contourne la Tordera, et qui domine la plaine de Massanaz. C'est dans cette plaine, dont le terrain mou s'humecte à la moindre pluie, et se couvre de flaques d'eau, qu'étaient campés les assiégeans, obligés à un service pénible, et ayant leurs postes sur les bords de la Tordera, presque complètement mise à sec par les chaleurs de la saison. Ils eurent beaucoup à souffrir et ne cessèrent de fournir des maladies les plus graves pendant tout le temps du blocus; la perte qu'ils éprouvèrent fut énorme. On attendait pour envoyer les malades à l'hôpital de Gironne, éloigné de dix lieues, qu'il y eût nécessité absolue de le faire, et ce voyage d'un seul jour sur une charette à l'époque de la plus vive chaleur, exaspérait tellement leur état, qu'un bataillon du 31.e régiment de ligne, fort de cinq cents hommes, en avait deux cent quarante à l'hôpital vers la fin de la campagne, et n'en perdit pas moins de quatre-vingt en six mois; ces détails font assez connaître les influences fâcheuses auxquelles Perjol fut nécessairement soumis avant son entrée à l'hôpital. Il était d'autant moins possible de les passer sous silence que, à l'époque où nous avons vu le malade, il n'était plus en état de nous fournir aucun renseignement sur les circonstances antérieures de sa maladie.

Perjol, âgé de 28 ans, était d'une taille élevée, d'une

constitution forte, et son tempérament bilieux se faisait connaître, même à une époque avancée de sa maladie, à ses cheveux noirs et crépus, à ses membres secs, mais bien musclés, à la proportion des diverses parties de son corps. Entré à l'hôpital le 3 août, il fut d'abord placé dans les salles de M. le docteur Porcalla, médecin espagnol distingué, requis extraordinairement, qui dut me céder son service quelques jours après. Le 6, lorsque je vis Perjol pour la première fois, à ma visite du matin, je le trouvai étendu immobile dans son lit, couché en supination, les membres et le cou roides; la tête fortement portée en arrière, la face d'un jaune d'ocre très-prononcé; l'œil terne, le regard fixe sans expression; les traits alongés, immobiles, les lèvres décolorées, les dents sales et encroûtées, la bouche étant maintenant fermée par la contraction presque tétanique des muscles masséters. Il nous fallut agir avec force sur la mâchoire inférieure, afin de l'abaisser et d'examiner l'état de la langue, que nous trouvâmes sèche et pâle, sale à la base et recouverte de matières fort jaunes et fort épaisses. La déglutition ne s'opérait qu'avec difficulté; il n'y avait ni selles, ni vomissemens; la respiration était lente; le pouls petit, concentré, point fréquent; la peau sèche, aride, était fortement colorée en jaune dans toutes ses parties.

Du reste, le malade comme étranger à tout ce qui l'environnait, ne semblait ni voir ni entendre; on ne pouvait lui arracher une seule parole; il ne proférait aucune plainte. Mais ayant porté la main vers l'épigastre pour explorer cette région, à peine avais-je exercé un commencement de pression, que Perjol, par un mouvement comme automatique, aussi effrayant que inattendu, me saisit brusquement le bras et le repoussa avec force, sans proférer une parole, sans jeter un cri, sans même sortir autrement de l'état de stupeur où il paraissait plongé. Cette dernière circonstance que je n'attribuais pas alors,

autant que je puis croire, à sa véritable cause, m'engagea à prescrire l'application de vingt sangsues sur l'épigastre, un lavement émollient et des boissons acidulées, auxquelles je joignis des compresses froides sur la tête.

Rien ne fut changé par cette médication; le lendemain 7, la sensibilité de l'épigastre à la pression était la même, la stupeur n'était pas diminuée, le pouls offrait les mêmes qualités, les excrétions étaient presque entièrement supprimées (*dix sangsues aux tempes, lavement laxatif, lotions avec le vinaigre et la moutarde, sinapismes aux extrémités inférieures*). La maladie fait néanmoins des progrès.

Le 8, état de stupeur plus profond, respiration lente, pouls misérable, chaleur des membres diminuée, coloration de la peau plus foncée et presque verdâtre. La pression épigastrique ne détermine plus les mêmes douleurs ou du moins elle ne provoque plus le même mouvement de la part du malade (*vésicatoire à la nuque, sinapismes aux cuisses*). Nul effet; mort à 8 heures du soir.

Nécroscopie faite le lendemain matin, 13 *heures après la mort.* — Toute la surface du corps est d'un jaune très-foncé; la face et la partie antérieure du tronc sont violettes, ecchymosées par suite de la position dans laquelle le cadavre avait été placé; les membres supérieurs sont fortement croisés sur la poitrine; les extrémités inférieures, raides, ne peuvent être fléchies; le tissu cellulaire sous-cutané est assez abondant; les muscles sont fermes, rouges et épais.

Crâne. — La dure-mère n'offre rien de remarquable; l'arachnoïde est légèrement opâline et plus consistante que de coutume; les vaisseaux de la pie-mère se montrent légèrement injectés à la partie supérieure des hémisphères du cerveau. Une petite quantité de sérosité est épanchée dans les ventricules; une sorte de gelée transparente se

rencontre sous l'arachnoïde à la partie antérieure de la protubérance annullaire, entre les pédoncules du cerveau; la substance cérébrale ne présente rien à noter. Il s'écoule par le grand trou occipital, deux cuillerées environ de sérosité citrine, provenant de l'intérieur du canal rachidien. Celui-ci n'a pu être ouvert faute des instrumens nécessaires.

Thorax. — Le larynx et la trachée-artère ne fournissent le sujet d'aucune remarque, les plèvres sont saines, la couleur des poumons est d'un jaune fauve et diffère peu de celle du foie; ces organes sont mollasses, non crépitans; ils contiennent un fluide spumeux, sanguinolent, brunâtre, qui occupe les plus petites ramifications des bronches, et semble pénétrer la substance du poumon; l'intérieur des oreillettes est rempli par une concrétion fibro-albumineuse d'un jaune clair et du volume d'une noix; des filamens partant de cette concrétion vont dans les ventricules s'implanter entre les colonnes charnues, et semblent adhérer à la substance du cœur; l'organe lui-même n'offre rien de particulier.

Abdomen. — L'estomac et les intestins vus extérieurement paraissent exempts d'altération. La cavité de l'estomac est presqu'entièrement remplie par un liquide onctueux, noirâtre, semblable à la suie délayée dans une eau grasse. La membrane muqueuse de cet organe est uniformement pâle; celle des intestins grêles offre également une couleur blanchâtre seulement interrompue de distance en distance par quelques portions légèrement rosées; le gros intestin se présente dans l'état naturel et est complètement vide, les intestins grèles ne contiennent que des matières bilieuses.

La surface du foie présente une couleur ardoisée; son parenchyme est également grisâtre; les vaisseaux qui le traversent sont remplis d'un sang épais, noirâtre. La rate est également gorgée de sang veineux, elle a acquis un

volume extraordinaire, et se déchire avec une grande facilité. Les reins sont sains; la vessie un peu distendue, contient environ deux onces d'une urine brune, épaisse et visqueuse; les autres organes sont dans l'état normal.

Obs. II.[e] — Roccherd, soldat au 12.[e] régiment d'infanterie légère, de taille moyenne, d'une constitution forte, d'un tempérament bilieux, âgé de 34 ans, fut laissé à l'hôpital militaire de Gironne, lors du passage de son régiment par cette ville. (Ce régiment qui venait de Barcelone et qui rentrait en France, était en marche depuis six jours; il avait été cantonné pendant tout le temps du blocus, dans un lieu humide et marécageux, situé sur les bords de la mer, près l'embouchure du Llobrégat, de sorte qu'il avait beaucoup plus souffert par les maladies que les autres corps disséminés sur les autres points de la plaine de Barcelone).

Le 18, à la visite du matin, Roccherd se présente à nous dans l'état suivant: il est plié en deux dans son lit, couché sur le flanc gauche et presque entièrement découvert; la couleur jaune de tout son corps frappe de suite nos regards et attire notre attention; il jette des cris aigus et accuse de vives douleurs dans l'abdomen, particulièrement dans la région de l'hypocondre gauche, vers laquelle il porte la main comme pour la garantir de tout contact extérieur. La face, dont la teinte ictérique est surtout très-prononcée, exprime l'inquiétude et la souffrance; le regard est hébêté, les traits altérés. Le malade ne répond que d'une manière vague aux questions qui lui sont faites; il est impossible d'apprendre de lui quand et comment sa maladie a commencé, il n'a de voix que pour se plaindre et gémir; malgré cet état d'imbécillité des facultés intellectuelles et une légère aberration d'idées, il n'y a cependant ni céphalalgie, ni délire proprement dit; le pouls est faible, lent, mou, et n'est senti qu'avec peine au bras droit; la respiration est gênée, la peau est sèche, sans

être chaude; la couleur jaune safran qu'affecte toute la surface du corps, s'étend à la conjonctive, à la sclérotique, à la membrane muqueuse de la bouche et des fosses nazales. La langue uniformément jaune, sans mélange d'aucune rougeur à la pointe ou sur les bords, est épaisse et rude, couverte à sa base de mucosités jaunâtres desséchées, qui en rendent la surface comme raboteuse. La soif est peu vive, les nausées sont fréquentes, les vomissemens et les selles sont nulles; la moindre pression de l'abdomen augmente les douleurs et fait jeter les hauts cris. (*Diète, boissons acidulées, fomentations émollientes sur le ventre, lavement légèrement laxatif*). Le soir, même état, anxiété extrême (*sinapismes aux jambes*); point de repos pendant la nuit, le malade ne cesse d'incommoder ses voisins par des cris continuels.

Le 19, les symptômes s'aggravent, la face est de plus en plus altérée, la teinte jaune de la peau est plus foncée, la sensibilité épigastrique est toujours très-prononcée, la constipation persévère, les urines sont rares, jaunes et épaisses, le pouls est petit, sans force, inégal, intermittent (*même boisson, vésicatoire à la nuque et à la partie interne de chaque bras*). Le soir à 3 heures, les vésicatoires n'ont produit qu'une très-légère rubéfaction, le pouls est misérable, la langue est couverte d'un enduit poisseux, noirâtre; il y a hoquet, délire erratique; la peau est terreuse, les extrémités sont froides, les cris continuent (*potion antispasmodique*). Mort à 10 heures du soir. Dans les derniers momens de la vie, un liquide épais, poisseux, noirâtre, contenant de petites granulations semblables à du marc de café, est rendu par la bouche et les narines.

Autopsie-cadavérique, faite le lendemain à 8 heures du matin (10 heures après la mort, en présence de MM. Hédouin, Grandmaison et Barrera, médecins de l'établissement, qui ayant vu le sujet de son vivant, avaient été

frappés comme moi du caractère de sa maladie. (Cette fois je crus devoir prendre la précaution de faire dégager des vapeurs de chlore en abondance dans l'amphithéâtre, la présence de mes confrères et de plusieurs chirurgiens sous-aides-majors, m'en faisait un devoir).

Habitude extérieure : couleur jaune safran de toute la surface du corps, ecchymoses de la partie postérieure du tronc et des membres, résultat manifeste de la position du cadavre, raideur des extrémités, matière noirâtre découlant par la bouche, semblable à celle que le malade a rendue quelques instans avant la mort; tissu cellulaire sous-cutané assez abondant, fortement coloré en jaune comme la peau; muscles fermes, épais et rouges comme dans l'état sain.

Crâne. — La surface externe de la dure-mère est parsemée de taches jaunes irrégulières, assez étendues. Cette membrane est molle, lâche et comme ridée, séparée de la surface du cerveau par une petite quantité de sérosité citrine qui s'écoule par l'ouverture de la dure-mère, lorsqu'on incise cette enveloppe. Une sorte de gelée liquide de même couleur se rencontre entre l'arachnoïde et la pie-mère, dans les points correspondant aux sillons de la convexité du cerveau; la pie-mère, qui offre un lacis de vaisseaux parfaitement injectés, est d'un rouge brun très-marqué, et se détache de la substance cérébrale avec une extrême facilité. La substance grise est beaucoup plus molle que de coutume; la substance blanche ne fournit le sujet d'aucune remarque; les ventricules latéraux contiennent chacun une cuillerée environ de sérosité très-jaune, leurs parois offrent des ramifications de vaisseaux veineux tellement larges, qu'il est fort rare d'en observer de pareils; les plexus choroïdes, pâles et mous, semblent avoir été macérés dans la sérosité. La totalité de ce fluide contenu dans le crâne peut être évaluée à deux onces ou deux onces et demie.

Thorax. — Les poumons sont le siége d'une altération particulière, à laquelle le lobe inférieur du poumon gauche ne participe cependant en aucune manière ; le parenchyme de cet organe, ramolli, presque pas crépitant, est gorgé de mucosités écumeuses d'un jaune clair, et ressemble assez exactement, pour la couleur et la consistance, à du miel qui contient encore beaucoup de cire ; cet état des poumons se manifeste à l'extérieur dans les portions affectées par des taches jaunes, apparentes à travers la plèvre, qui ne paraît pas elle-même différer de l'état sain. Du reste, la membrane muqueuse qui tapisse la trachée-artère et les bronches participe à la couleur dominante ; chaque côté du thorax contient un verre environ de sérosité roussâtre, et une once et demie du même liquide se retrouve dans l'intérieur du péricarde.

Le cœur a le volume et la consistance qu'il présente ordinairement ; le tissu de cet organe est plus pâle que de coutume, la membrane fine et déliée qui le tapisse intérieurement et se prolonge dans les gros vaisseaux, est manifestement colorée en jaune : cette couleur est surtout apparente sur les valvules du cœur que forment les replis de cette membrane. Les deux oreillettes et l'artère pulmonaire sont exactement remplies par un énorme caillot fibro-albumineux, jaune, transparent, semblable à de la gelée de viande ou à l'ambre jaune, sur lequel elles sont comme moulées. Les ventricules contiennent aussi des concrétions de même nature, mais beaucoup plus petites. Les gros vaisseaux sont vides ; le sang examiné dans les veines des membres où il a reflué, ne présente aucune altération que l'on puisse apprécier à l'œil nu.

Abdomen.—L'estomac examiné à l'extérieur n'offre rien de remarquable. Les intestins grêles sont manifestement distendus par un liquide contenu dans leur intérieur, qui les fait paraître d'un gris ardoisé, en raison de la transparence des membranes. Lorsque on ouvre l'estomac, il

s'en échappe plus d'un demi-litre d'une matière liquide, onctueuse, noirâtre, sans odeur prononcée, la même qui s'est écoulée par la bouche. Le jéjunum et l'iléon sont rempli d'un pareil liquide, un peu moins épais cependant et moins noir, parfois mêlé d'un sang brunâtre, lequel manifeste sa présence à l'extérieur de l'intestin grèle par des taches brunes qui se rencontrent de distance en distance. La membrane muqueuse de l'estomac est pâle, un peu grisâtre et peut être aussi ramollie. Un seul point rouge très-circonscrit se rencontre dans le voisinage de l'orifice pylorique. Il résulte de l'exsudation d'un sang visqueux que l'on enlève facilement avec le manche du scalpel et qui laisse la membrane saine au-dessous. La surface interne de l'intestin grèle est également pâle dans dans toute son étendue, les valvules conniventes sont très-développées; le dépôt que forme la matière noire s'enlève aisément par le lavage.

Le péritoine est parfaitement sain; le mésentère offre des taches jaunes nombreuses et contient un petit nombre de ganglions médiocrement développés. Le cœcum réduit à un très petit volume ne contient que deux grumeaux de matières noires fort dures. Le colon également retréci et très-jaune n'a pas un calibre supérieur à celui de l'intestin grèle : ses parois sont cependant épaissies; sa cavité réduite de moitié ne contient absolument aucune matière; la membrane muqueuse qui le tapisse intérieurement est parfaitement saine.

Le foie, dont le volume n'excède pas les limites ordinaires, est verdâtre à l'extérieur; il offre la même couleur à l'intérieur; mais ne paraît pas autrement altéré. La vésicule, presque vide, contient une petite quantité d'un fluide rouge, visqueux, gluant, fort épais, qui ne ressemble en rien à la bile. La rate et le pancréas ont acquis un volume fort remarquable : le premier de ces organes, qui a quitté l'hypocondre gauche pour se porter dans

développement au devant du grand cul-de-sac de l'estomac, offre une densité et une dureté égales à celles du foie. Les reins sont sains; la vessie contient un peu d'urine épaissie et participe à la couleur jaune safran de presque tous les organes.

Réflexions. Les deux observations qu'on vient de lire se rapportent-elles à la maladie que l'on observe épidémiquement et que les auteurs ont décrite sous le nom de fièvre jaune? Telle est la première question qui se présente.

L'examen attentif des phénomènes de ces deux maladies, le caractère particulier qu'elles ont présenté, et qui me les a fait distinguer parmi un très-grand nombre d'autres, observées dans la même province, leur marche rapide et leur terminaison, les circonstances au milieu desquelles ces affections ont pris naissance, la ressemblance parfaite des principaux symptômes, avec ceux qui caractérisent la troisième période de la fièvre jaune, d'après les meilleurs observateurs; la conformité surtout des altérations organiques rencontrées à l'autopsie, avec le résultat des inspections anatomiques dans les diverses épidémies de cette maladie, ne me laissent aucun doute à cet égard. Mais, comme mon opinion dans cette circonstance résulte surtout de l'idée que je me suis faite de la nature de la fièvre jaune, il devient nécessaire de me livrer à quelques réflexions sur la cause et l'enchaînement des principaux phénomènes de cette maladie, afin d'en faire mieux ressortir la présence dans les deux faits que je publie, et d'établir par là leur identité avec la fièvre jaune. L'autopsie cadavérique dans l'un et l'autre cas formant la partie la plus complète de l'observation, et les altérations qu'elle démontre me paraissant plus propres que toute autre circonstance à établir le siège et le caractère de la maladie, c'est par l'examen de ces altérations que nous allons commencer le parallèle au moyen duquel nous nous efforcerons de justifier le titre que nous avons donné à ces deux observations.

De toutes les altérations que les ouvertures de cadavres ont fait reconnaître chez les individus qui succombent à la fièvre jaune, la plus constante, la plus remarquable sans doute, celle qui paraît être caractéristique de la maladie, c'est l'existence du *mélanhème* (de μελαν, noir, et αιμα, sang) que l'on rencontre toujours dans l'estomac ou les intestins, toutes les fois que la fièvre jaune suit sa marche ordinaire et que la mort n'arrive pas dans un temps très-court.

Ce mélanhème est un liquide onctueux, noirâtre ou brunâtre, dans lequel nagent de petits flocons plus ou moins abondans, de petits grains noirâtres, ressemblant à de la suie délayée dans l'eau ou à du marc de café. Il provient manifestement des hémorrhagies qui ont lieu dans le tube digestif, à une certaine époque de la maladie, et est formé par le mélange du sang, produit de ces hémorrhagies, avec les sucs muqueux, biliaires et pancréatiques; ces liquides confondus ensemble dans le canal intestinal, s'y altèrent par leur séjour et y acquièrent des qualités nouvelles, de telle sorte que les déjections qui n'étaient d'abord composées que de mucosités fort claires ou de matières bilieuses, deviennent ensuite sanguinolentes, puis poisseuses, noirâtres et composées du seul mélanhème. « Il semble, comme le disent les membres de la Commission de l'intérieur (1), que la première période est consacrée à l'irritation vraie *ou fausse* de l'estomac, d'où s'échappent des mucosités et de la bile en quelque sorte par *expression;* que la deuxième appartient au travail qui prépare les *suintemens* et les épanchemens de sang, ou autrement dits les hémorragies passives; que la troisième est destinée à la formation du mélanhème. »



(1) *Histoire médicale de la fièvre jaune observée à Barcelone en* 1821, par MM. Bally, François et Pariset, page 389.

Cet ouvrage, indépendamment du mérite des faits qu'il contient, ayant en quelque sorte un caractère officiel, j'ai dû le choisir pour me servir de terme de comparaison.

La vérité de cette théorie de la succession des altérations du sang et de la formation du mélanhème ne se démontre pas seulement par la nature des déjections, suivant les différentes périodes de la maladie ; elle est encore prouvée par les qualités du fluide que l'on rencontre dans l'estomac après la mort. Ainsi, l'individu vient-il à périr dans la période dite d'irritation, par la violence des accidens inflammatoires dont l'estomac et le cerveau sont le plus ordinairement le siège ; la mort ayant lieu avant que les hémorrhagies aient eu le temps de s'établir, l'on trouve dans ces organes, mais particulièrement dans l'estomac, les traces d'une phlegmasie que les symptômes de la première période ne permettent guères de révoquer en doute dans le plus grand nombre des cas ; il n'y a pas alors de sang épanché, encore moins de mélanhème ; les fluides muqueux, bilieux et pancréatique se rencontrent seuls et sans mélange dans l'intérieur des voies gastriques, quelquefois transformés en une matière pultacée, en une sorte de bouillie grisâtre qui ressemble, disent les auteurs de l'ouvrage déjà cité, à de la farine de graine de lin délayée et altérée ; puis ils ajoutent « ce qui doit paraître étrange, c'est qu'alors *l'inflammation de la tunique interne était plus vive et plus étendue* (1) ». Cette coïncidence est pourtant facile à expliquer ; elle vient admirablement à l'appui de la thèse que nous soutenons.

La deuxième période s'annonce par une dimiuution sensible dans les symptômes qui précédemment étaient les plus prononcés : « Tout-à-coup les pulsations artérielles perdent leur caractère de fréquence et de vivacité ; on les voit ramenées au type physiologique, descendre d'une manière sensible et perdre de leur nombre ; peu élevé, le pouls se rapetisse et se ramollit. Plus on avance vers

(1) Op. cit., page 353. *Voyez* d'ailleurs les obs. 33, 40, 41, 45 et 47.e, dans lesquelles cette matière pultacée a été rencontrée.

la troisième période, plus il devient petit, faible, moins il fournit de pulsations (1) ».

Cet état du pouls qu'accompagnent la diminution de la chaleur, la cessation des sueurs et la mollesse de la peau, suit comme on voit les phases de l'épanchement sanguin qui s'opère dans le canal digestif; le premier effet de l'hémorrhagie est de procurer un soulagement marqué, un état de calme qui en impose souvent pour la convalescence : les symptômes d'irritation se sont amendés par le fait même de l'exhalation sanguine qui s'est opérée dans les parties qui étaient le siège d'une inflammation plus ou moins vive; la phlegmasie a beaucoup diminué, souvent même elle disparaît complètement, et si plus tard le sujet vient à succomber, il n'est pas rare alors qu'on n'observe que des traces légères de phlegmasie ou qu'on n'en rencontre même aucun vestige.

Toutefois l'état plus favorable des malades au commencement de la seconde période, ne doit pas inspirer une sécurité trompeuse. L'abondance des épanchemens sanguins qui ont lieu dans le canal digestif, dans le rachis, quelquefois même dans l'utérus, lorsque celui-ci y est disposé par l'état de gestation, et le séjour dans ces parties du fluide épanché mettent bientôt le malade dans un grand danger. Les hémorrhagies qui ont lieu dans la fièvre jaune sont loin, en effet, d'avoir le caractère de bénignité qu'elles offrent dans d'autres circonstances. Il semble que le sang ait perdu la plasticité qui lui est propre, qu'il soit devenu plus noir et plus fluide; tel est du moins, d'après le témoignage des observateurs, l'apparence qu'il présente dans les épistaxis et les hémorrhagies buccales qui sont comme le prélude des épanchemens internes; telles sont aussi les qualités qu'on reconnaît dans le sang, lorsque ce fluide se rencontre seul et sans mélange dans l'es-

(1) *Ibid.*, page 400.

tomac (1), ou lorsque encore il vient à former des épanchemens dans le canal rachidien (2). Cette fluidité plus grande, cette espèce de disgrégation du sang, serait-elle la cause des hémorrhagies, ainsi qu'on la pensé? On conçoit au moins qu'elle en favorise la production et que l'écoulement du sang, rendu par là plus facile, se prolonge beaucoup plus long-temps que dans les cas ordinaires. La difficulté que l'on éprouve à arrêter les hémorrhagies qui ont lieu à la suite de l'application des sangsues dans cette maladie, vient à l'appui de cette opinion (3); et rien ne répugne, ce me semble, à admettre dans la fièvre jaune une altération du sang, une sorte de décomposition analogue à ce qui a lieu dans l'empoisonnement par les gaz délétères, comme le deutoxyde d'azote, par exemple, soit qu'on la regarde comme produite par les effluves marécageuses, ou qu'on la considère comme le résultat d'un principe contagieux.

Quoi qu'il en soit, le sang que l'on trouve quelquefois dans certaines portions du tube digestif, tel à-peu-près qu'il paraît avoir été exhalé, est tellement la source du mélanhème, que, recueilli dans un vase et conservé jusqu'au lendemain, il se transforme en une matière couleur marc de café, avec des flocons qui se précipitent au fond d'une sérosité brunâtre, et devient tout semblable au mélanhème (4).

Immédiatement après les hémorrhagies et l'existence

(1) MM. Bally, François et Pariset estiment à un huitième le nombre des sujets chez lesquels l'estomac contenait du sang pur. (Op. cit., page 353.)

(2) *Ibid.*, page 345.

(3) Nous avons observé cependant que l'application des sangsues déterminait un écoulement de sang beaucoup plus abondant en Espagne que dans notre pays.

(4) *Voyez* ouvrage cité, obs. 11.e, 37.e et 38.e

du mélanhême, que nous regardons comme le caractère pathognomonique de la fièvre jaune, on doit placer, comme l'un des phénomènes les plus constans de cette maladie, la couleur jaune de la peau qui en dépend bien plutôt, selon nous, que d'une affection du foie, laquelle n'est rien moins que constante. La teinte ictérique de la peau ne s'observe guères en effet dans la première période, si ce n'est au pourtour de la bouche et des aîles du nez, et dans quelques circonstances seulement; elle n'apparaît le plus ordinairement qu'au temps des hémorrhagies internes, et devient de plus en plus foncée, à mesure que celles-ci sont plus abondantes, ou que le sang épanché s'altère davantage par son séjour dans les intestins. Souvent elle manque tout-à-fait; mais alors les épanchemens sanguins manquent en même temps, ou bien on la voit s'établir après la mort, au moyen de l'absorption qui continue d'avoir lieu sur les portions les plus fluides du sang. La diminution des sécrétions ne reconnaît pas une autre cause; elle est un effet naturel des hémorrhagies avec l'apparition desquelles elle coïncide; la suppression complète des urines, qui forme l'un des caractères les plus constans de la troisième période, dite adynamique, s'explique très-bien de la même manière; et je ne vois pas qu'il soit nécessaire de torturer les faits pour la faire dépendre d'une inflammation des reins que les observateurs les plus exacts n'auraient pas su reconnaître. « Jamais les reins ni leurs dépendances ne laissent apercevoir de lésion, *disent les médecins de la Commission;* nous les avons néanmoins examinés avec un soin d'autant plus scrupuleux que les fréquentes suppressions d'urine appelaient nécessairement l'attention sur ces organes (1). » Je ne crois pas non

(1) Ouv. cité, page 356.

M. Rochoux n'a rencontré l'inflammation des veines que chez un quart des individus, à la Martinique.

plus qu'il faille l'attribuer à une paralysie des organes sécréteurs, dont la déperdition abondante des fluides serait dans tous les cas la véritable cause.

Cette explication de plusieurs phénomènes de la fièvre jaune pourra paraître à quelques personnes tant soit peu entachée d'humorisme; mais on ne peut nier que, s'il est des maladies dans lesquelles il convienne d'avoir égard à l'état du sang et des humeurs, afin de parvenir à une explication complète des phénomènes, les empoisonnemens miasmatiques ne soient de ce nombre.

Quoi qu'il en soit, comme aucun de ces trois caractères principaux de la fièvre jaune, savoir : l'existence du mélanhême, la couleur jaune de la peau et la suppression des urines, n'a manqué dans les deux observations que nous avons fournies: nous sommes déjà en droit d'établir sur ce premier point leur identité avec la fièvre jaune. Raisonnons à présent les principales circonstances de l'autopsie, et voyons s'il n'est pas quelques altérations organiques qui, bien que moins constamment offertes par la fièvre jaune, concourent cependant à en établir le caractère.

Ainsi, 1.° l'injection des méninges et les épanchemens séreux que nous avons rencontrés, sans appartenir spécialement au typhus ictérode, ne lui sont pas étrangers, puisque l'arachnite accompagne fréquemment cette maladie.

2.° L'affaissement du cerveau observé chez Roccherd est plus particulièrement relaté par Savarési dans son histoire de la fièvre jaune, qui a régné à la Martinique en 1802 et 1804. L'aspect comme ridé de la dure-mère est indiqué par M. Bally dans l'ouvrage qu'il a publié en 1814, sur le typhus d'Amérique (1).

(1) *Du Typhus d'Amérique*, page 149.

3.° Les caillots ambrés fibro-albumineux contenus dans les cavités du cœur ont été signalés, pour la première fois, par le même auteur. M. Audouard et ses collègues de la Commission de l'intérieur les ayant constamment rencontrés dans la dernière épidémie de Barcelone, les considérèrent d'abord comme un produit spécial de la fièvre jaune. M. Bally, qui s'est livré depuis à de nouvelles recherehes, se croit en droit d'affirmer que les neuf dixièmes des cadavres en présentent de semblables. L'une et l'autre opinion me paraissent également éloignées de la vérité, et je puis assurer, pour m'être beaucoup occupé de ces concrétions sous un autre point de vue, que s'il est très-fréquent de les observer, on ne les rencontre pas, à beaucoup près, aussi souvent que M. Bally paraît le croire aujourd'hui.

4.° La couleur jaune de la plupart des tissus n'est pas rare dans la fièvre jaune. La couleur jaune des valvules du cœur n'a été vue qu'une seule fois par M. Béguerie, et ce fait est cité comme unique par M. Bally, dans son ouvrage sur le *typhus d'Amérique*. Je ne sais si elle a été observée depuis : pour ma part, je l'ai rencontrée une autre fois chez un homme affecté d'ictère, à la suite d'une plaie de l'avant-bras, qui, chose digne d'attention, donnait issue à une sérosité roussâtre presque entièrement semblable à la matière du mélanhême. La couleur ardoisée du foie, de même que l'état de la tête, fort remarquable dans les deux cas, s'expliquent très-bien par les changemens survenus dans la circulation. Quant au fluide contenu dans la vésicule, il offre souvent le même aspect dans la fièvre jaune (1).

(1) Il est fâcheux que les circonstances où nous nous trouvions n'aient pas permis de faire l'ouverture du rachis ; elle nous eût peut-être donné connaissance de quelques altérations analogues à celles qui ont été signalées à Barcelone, dans l'épidémie de 1821. Avouons toutefois que les mé-

Indépendamment des caractères de similitude que l'autopsie cadavérique nous a présentés, il en est qui nous sont fournis par les autres circonstances de la maladie. Le climat, par exemple, la saison et les influences locales sous lesquelles l'une et l'autre affections ont pris naissance, ne sont-elles pas précisément les mêmes qui favorisent, si elles ne déterminent le développement de la fièvre jaune? L'accord parfait des symptômes de la troisième période avec ceux offerts par nos deux malades, n'est-il pas aussi fort remarquable? L'état profond de stupeur chez le premier, l'affaiblissement des facultés intellectuelles et les cris continuels chez le second, la couleur jaune de la peau déjà parvenue au plus haut degré chez tous les deux, le sentiment pénible que produisait la pression de l'épigastre et des hypocondres, l'enduit poisseux et noirâtre de la langue, la faiblesse et la lenteur du pouls, la suppression des urines, etc., ne sont-ce pas là les phénomènes qui correspondent à la dernière période de la fièvre jaune? Si dans les deux cas il n'y a pas eu de vomissemens de matières noires, il n'en faut rien conclure; cette circonstance s'est souvent offerte, ainsi que nous l'apprennent les observateurs déjà si souvent cités : « Un autre phénomène, disent-ils, assez inexplicable, sur lequel les nécropsies nous éclairaient, c'était de voir le sang ou le mélanhême remplir l'estomac, sans qu'un atôme s'en fût échappé pendant la vie (1). »

Si, par la comparaison que nous venons d'établir, il est démontré que les deux faits dont nous avons fourni l'observation appartiennent réellement à la fièvre jaune, que peut-on en inférer relativement à la question de l'origine et de la propriété contagieuse de cette maladie?

---

decins français ont attribué à ces altérations un degré d'importance qu'on ne s'est pas généralement accordé à reconnaître.

(1) Ouv. cité, page 418.

Réunies au petit nombre de faits semblables que l'on possède, ces deux observations établissent suffisamment que la fièvre jaune n'est pas due uniquement à un principe spécial, toujours importé du Nouveau-Monde, puisqu'elle peut se développer spontanément dans nos climats, et exister même d'une manière sporadique dans quelques circonstances qui ne diffèrent pas en apparence de celles au milieu desquelles on la voit régner épidémiquement et exercer ses plus affreux ravages. Mais gardons-nous d'en conclure que la fièvre jaune, parce qu'elle est quelquefois produite sous nos yeux par un foyer d'infection, ne puisse provenir que de là, et que la contagion de cette maladie n'existe pas. Perjol et Roccherd n'ont pas été séparés de leurs camarades, il est vrai, et il ne nous a pas paru que leur voisinage ait été funeste aux autres malades; mais, aussi quelle puissance de contagion peut-on supposer chez un individu isolé, placé dans les circonstances les plus favorables au renouvellement de l'air et à la destruction des miasmes? La transmission de la fièvre jaune par contagion me semble avoir été mise hors de doute dans la dernière épidémie de Barcelone. Rien ne peut détruire les faits qui parlent en sa faveur, à moins que l'on les nie. L'origine exotique et l'importation de la maladie sont également prouvées pour un grand nombre d'épidémies; mais ces exemples ne préjugent pas pour toutes; de sorte que dans l'état actuel de la science, il faut nécessairement admettre: 1.° que la contagion peut avoir lieu dans les circonstances générales et individuelles favorables à l'action des miasmes qui s'échappent des corps malades; mais que les individus isolés ne communiquent pas la maladie, lorsque, éloignés du foyer d'infection, ils se trouvent placés dans les conditions qui favorisent le renouvellement de l'air et la dispersion des miasmes; 2.° que, si certaines épidémies reconnaissent manifestement une origine exotique, et sont dues à l'importation,

la fièvre jaune peut également se développer en Europe, dans les circonstances analogues à celles qui se rencontrent sur les plages maritimes du Nouveau-Monde.

Les mesures préservatrices doivent être dirigées en conséquence. Il faut dès l'origine, au lieu de perdre un temps précieux à disputer sur les causes de l'épidémie, se hâter d'éloigner les causes d'infection qui favorisent dans tous les cas les progrès de la maladie, et séquestrer en même temps les individus que l'on suppose en avoir apporté le germe, purifier les effets, établir des lazarets pour les individus reconnus infectés, et des maisons d'observation pour ceux qui ont communiqué avec les malades.

Plus tard, lorsque le mal n'a pu être arrêté dans sa source, on doit songer à se rendre maître de toute la population, et répéter en grand ce qui avait d'abord été fait en petit. Or, comme les lieux où règne l'épidémie sont devenus, par le fait, un véritable foyer d'infection, il faut, avant tout, évacuer les habitations qu'il est impossible de purifier tant que les individus sains y sont entassés avec les malades. Au lieu de forcer ceux que la maladie a épargnés de séjourner dans un air infecté, il faut les faire camper au milieu des champs, désigner des lieux d'observation pour les suspects, et établir dans les endroits les mieux exposés et les plus salubres, des villages-hôpitaux où les malades sont obligés de se laisser traiter avec les précautions nécessaires pour empêcher les communications et éviter l'encombrement.

Si ces mesures sont exécutées avec exactitude et en temps utile, si l'on a pu se rendre maître de la masse de la population pendant les premiers jours seulement, il n'y a plus d'inconvénient bientôt à laisser les individus sains en dehors du cordon, peu importe qu'ils communiquent avec le reste de la province; car il est évident que ceux qui n'ont pas été atteints de la maladie dans les premiers temps de l'émigration, en sont désormais préservés.

Sur la maladie appelée asthme par les auteurs ; par M. BRICHETEAU, *D. M. P.*

M. J.re, avocat recommandable d'une des principales villes de France, jeune homme d'environ 28 ans, d'un tempérament bilieux et d'une grande susceptibilité nerveuse, passait pour asthmatique et était traité comme tel par les médecins de la cité qu'il habitait. On avait employé, sans presqu'aucun succès, un grand nombre de moyens pour le débarrasser d'une difficulté de respirer qu'il avait habituellement, et qui revenait par accès plus ou moins éloignés. M. J.re allait depuis plusieurs années prendre les eaux de Barrèges, et s'en trouvait assez bien ; il observait d'ailleurs un régime très-sévère, et prenait les plus grandes précautions hygiéniques pour sa conservation, évitant surtout avec un soin extrême l'influence des variations atmosphériques qui lui étaient préjudiciables.

Au mois de janvier de cette année, se trouvant mieux qu'à l'ordinaire, il crut pouvoir venir sans inconvénient à Paris, pour régler quelques affaires importantes. Là, contre son attente, des débats très-vifs le soumirent aux plus rudes épreuves, pour un esprit droit et un caractère irrascible. Sa respiration commença dès-lors à devenir plus fréquente et plus gênée ; des courses longues et fatiguantes par un temps froid et variable, un séjour d'environ deux heures dans une église humide, pendant une cérémonie religieuse, ne firent qu'accroître ce premier dérangement ; bientôt M. J.re se trouva forcé de garder la chambre.

On me fit appeler le 15 janvier pour lui donner des soins ; le principal symptôme qui fixa mon attention fut une

grande difficulté de respirer, accompagnée d'une fréquence et d'une irrégularité notables du pouls. Je fus frappé surtout du mouvement brusque d'élévation que les omoplates exécutaient pendant l'inspiration. Au milieu du spasme et de l'agitation que causait cette dyspnée extrême, la figure était calme et la chaleur de la peau naturelle; par intervalle il y avait de la toux et le malade expectorait un peu de sang; les battemens du cœur étaient irréguliers et tumultueux; la poitrine, sonore dans presque toutes ses parties, examinée immédiatement avec l'oreille et au moyen du stéthoscope, présentait un râle bruyant et manifeste dans presque toute son étendue, excepté à gauche et en bas, où l'on n'entendait pas bien la respiration. M. J.re était obligé de se tenir sur son séant, une anxiété singulière le forçait incessamment à changer de place. Il y avait insomnie complète depuis plusieurs jours.

Je proposai au malade une saignée du bras; il se refusa à l'emploi de ce moyen, sous prétexte qu'un médecin qui avait toute sa confiance l'avait engagé à ne jamais se laisser saigner; j'obtins, après un assez long débat, qu'on lui appliquerait de suite vingt sangsues sur le point le moins sonore de la poitrine; je lui prescrivis en outre pour boisson de l'eau panée, une potion avec légère dose d'éther nitrique, et des pédiluves fortement sinapisés pour le soir.

Le lendemain soir, le malade se trouva mieux; il avait dormi plusieurs heures pendant la nuit; mais le 17, l'accès redouble d'intensité, et la suffocation devient plus imminente; la parole était difficile, entrecoupée, le malade semblait n'avoir pas assez d'air pour respirer, l'inspiration se faisait d'une manière convulsive; il disait qu'il allait étouffer, si on ne le tirait pas de la position cruelle où il se trouvait. Le pouls était d'une fréquence et d'une irrégularité extrêmes, ainsi que les battemens du cœur; la soif était vive; les urines rouges, peu abondantes.

M. Fouquier fut appelé en consultation; après un examen attentif, il pensa que M. J.re éprouvait un violent accès d'asthme, et qu'il n'existait aucune lésion notable dans sa poitrine. Je ne différai de cette opinion qu'en un point peu important, et nul quant au traitement. Nous proposâmes, dans une consultation écrite, une saignée du bras, des applications réitérées de sinapismes aux jambes, aux cuisses, et l'usage d'une boisson antipasmodique et d'une émulsion contenant une once de sirop diacode sur cinq onces de véhicule (*diète absolue*); nous conseillâmes au malade de rester le jour et la nuit assis sur une chaise longue. Excepté la saignée, à laquelle il se refusa avec une singulière obstination, les moyens prescrits furent employés dans l'ordre convenu. Il en éprouva un assez heureux effet; sa respiration devint plus libre, son esprit plus calme, et un sédiment marqué dans les urines me fit partager l'espoir qu'il manifestait déjà de retourner sur les rives de la Loire. Mais ce présage n'était qu'un mensonge; M. J.re ne devait plus revoir ces bords fortunés.

Le 20, la suffocation devint de nouveau imminente; le malade se plaignait d'une constriction insupportable du thorax; il ne pouvait garder aucune position, répétait sans cesse que sa chambre n'était pas assez grande pour qu'il pût respirer, et qu'il fallait le transporter ailleurs. Nous le vîmes dans la soirée, et il fut convenu qu'on lui appliquerait un vésicatoire sur la poitrine, qu'on continuerait plus tard l'application des sinapismes, et que le malade ferait usage d'une potion dite expectorante avec une légère dose de kermès (*diète absolue*). Ces moyens eurent beaucoup moins d'effet que les premiers; la journée du lendemain fut très-orageuse. Le malade insistant toujours pour changer de logement, au lieu de le transporter dans un hôtel voisin, comme nous l'avions conseillé, on le conduisit, dans l'après-midi, de la rue Dau-

phine, près l'Observatoire, dans la maison de santé de M. le docteur Descourtils. A peine fût-il dans la voiture, que la suffocation augmenta, malgré la précaution d'aller au pas; il fut très-fatigué de la course, et expira deux heures après son arrivée chez M. Descourtils.

Le 23, nous procédâmes, M. Descourtils et moi, à l'ouverture du corps de M. J.re, trente-six heures après la mort, et nous trouvâmes les altérations suivantes.

1.° Le cœur parut un peu plus volumineux que dans l'état naturel; il y avait environ deux onces de sérosité limpide épanchée dans le péricarde. Le ventricule droit, et l'oreillette du même côté étaient un peu amincis et dilatés; ces cavités contenaient d'ailleurs une grande quantité de sang noir coagulé, et quelques concrétions fibrineuses blanchâtres. Les ouvertures des gros vaisseaux qui partent du cœur et aboutissent à cet organe, étaient dans l'état naturel, ainsi que les valvules qu'on y remarque.

2.° La trachée-artère et le larynx n'offraient aucune trace d'altération, mais les bronches et leurs divisions étaient affectées d'une inflammation chronique ancienne, et recouvertes d'une couche de mucosité épaisse et grisâtre.

3.° Des deux poumons, le droit était sain, et seulement uni par d'anciennes adhérences aux parois thoraciques; son tissu était élastique et crépitant; le gauche se trouvait presque partout lâchement adhérent à la face interne du thorax; en plusieurs endroits, son tissu était désorganisé; néanmoins, il restait une assez grande étendue de parenchyme propre à la respiration. La lésion de ce poumon paraissait d'ailleurs fort ancienne, et cet organe n'offrait aucune trace d'inflammation récente.

4.° L'abdomen n'offrit aucune altération notable; la tête, n'ayant paru le siége d'aucune lésion pendant la maladie, ne fut point ouverte.

L'ensemble des lésions observées chez M. J.re, exaspé-

rées par les causes dont nous avons parlé, a-t-il été suffisant pour le faire périr? ou bien ce malade a-t-il succombé à ce qu'on appelle un accès d'asthme? La solution de cette double question en suppose une troisième, d'abord résolue affirmativement par rapport à cette maladie; c'est celle-ci : Existe-il une maladie à laquelle on doive donner le nom d'asthme? Des médecins, au nombre desquels il faut placer notre collégue M. Rostan, ont révoqué en doute l'existence de cette maladie et ont prétendu que l'asthme n'était que le symptôme d'un anévrysme du cœur. Mais dans le cas qui nous occupe, et qui pourtant était une répétition fidèle de l'asthme spasmodique des auteurs, il me paraît difficile d'attribuer et les phénomènes observés pendant la maladie et la mort qui en a été la suite, à la très-légère dilatation des cavités droites du cœur observées sur le cadavre, laquelle n'était vraisemblablement que le résultat d'une longue et habituelle difficulté de respirer. Tout au plus, à mon avis, pourait-on dire que la réunion et l'exaspération de plusieurs altérations chroniques qui, prises isolément, ne pouvaient porter atteinte à la vie, l'ont détruite tout-à-coup. Mais d'un autre côté, est-il bien démontré que cet asthme, dont M. J.re présentait tous les caractères, ne soit qu'une *entité* chimérique, et qu'il faille définitivement la rayer des cadres nosologiques? M. Bégin, qu'on ne saurait en conscience accuser de croire aux entités morbifiques, a bien établi, dans un mémoire publié dans le Journal complémentaire du dictionnaire des sciences médicales (novembre 1819), que l'altération du cœur et des gros vaisseaux, regardée par M. Rostan comme la cause de l'asthme, pouvait au contraire en être l'effet; et dès-lors, si l'asthme dépend d'une lésion de tissu, comme cela est probable, au moins n'est-ce pas toujours de celles de l'organe central de la circulation. Si l'on suppose, ainsi que le fait M. Bégin, un obstacle à la respiration dans les poumons,

ou ailleurs, la circulation peut-être consécutivement lésée, et par suite ses instrumens? ensorte que quand on vient à ouvrir, comme l'a fait M. Rostan, des vieillards affectés depuis trente ans d'asthme ou de difficultés de respirer, et qu'on trouve chez eux une affection du cœur, on n'est pas par cela seul en droit d'en conclure que la dyspnée dépendait de la lésion du cœur. Peut-être faut-il chercher ailleurs et la cause première de l'asthme et celle de l'anévrysme? M. Bégin la place, pour l'asthme, dans la membrane muqueuse des poumons irrités ou enflammés. Il est certain que cette membrane joue un grand rôle dans l'économie par ses fonctions et ses nombreux rapports sympathiques, et que le fait que j'ai rapporté vient à l'appui de cette opinion. Mais puisque cette membrane, suivant qu'elle est lésée de telle ou telle manière, donne lieu à des phénomènes si divers; que des modifications pathologiques qui lui sont propres résulte tantôt la toux convulsive qu'on appelle *coqueluche*, tantôt l'angine aiguë couenneuse et membraneuse, qui a reçu le nom de *croup;* d'autres fois des inflammations ulcéreuses, comme *l'angine trachéale*, la *phthisie laryngée*, etc., je ne vois pas pourquoi, en admettant l'opinion de M. Bégin, on ne laisserait pas le nom d'asthme à cette espèce de phlegmasie de la membrane muqueuse des bronches, susceptible de produire un resserrement ou une oblitération de ces conduits aérifères dont l'intégrité est indispensable à la respiration, et par suite de mettre obstacle à l'introduction de l'air dans les poumons; obstacle qui est probablement la cause déterminante de cet état convulsif des muscles mis en jeu dans l'acte respiratoire.

Mais ce resserrement spasmodique lui-même, s'il a effectivement lieu, ne dépend-il pas d'une autre cause? Les nerfs qui vont se distribuer au poumon ne jouent-ils aucun rôle dans tout ce qui a rapport à l'asthme? Plusieurs

auteurs l'ont cru, puisqu'ils ont rangé cette affection parmi les maladies nerveuses. Cette dernière réflexion me fait vivement regretter de n'avoir pas eu le temps d'examiner les nerfs pneumogastriques à l'ouverture du corps de M. J.re

---

Observations et recherches sur les fièvres intermittentes; par J. L. Brachet, *D. M. P., médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de la Société de Médecine de Paris, etc.*

Peu de sujets ont autant et aussi infructueusement excité la curiosité des médecins que les fièvres intermittentes. Il est peu d'auteurs qui n'aient cherché à en expliquer le mécanisme et à en connaître la nature intime. On en a fait alternativement des maladies nerveuses essentielles, pyrétiques, inflammatoires, des gastrites, des splénites, etc. Aucune de ces théories, prise exclusivement, n'a pu se soutenir au creuset de l'observation; dès-lors, reconnue fausse, elle a été rejetée pour en chercher une autre, et toujours sans mieux atteindre le but: pourquoi cela? C'est qu'on a constamment généralisé quelques faits particuliers pour en faire une théorie exclusive. Des causes variées peuvent donner lieu aux fièvres intermittentes; divers organes peuvent être le siège ou le point de départ des phénomènes pathologiques: on croit toucher au but, et un fait non prévu en éloigne.

Cet état de vacillation dans les opinions m'a bien des fois porté à faire des recherches sur la nature de cette pyrexie. Naguère je m'en occupai avec d'autant plus de zèle que la doctrine des gastrites intermittentes prenait plus de faveur, attendu que cette manière de voir ne pouvait pas cadrer avec ce que j'avais tant de fois observé; une gastrite combattue par des médicamens qui exaspè-

rent toutes les gastrites était au-dessus de ma conception.

Si les pyrexies intermittentes ne sont pas des gastrites, dira-t-on, que sont-elles? Il nous faudra donc retourner à l'ontologie. L'alternative n'est pas absolue : notre ignorance sur la nature d'une maladie ne nous force point à lui en créer une de notre choix; et il faudrait l'avouer franchement, plutôt que de consacrer une erreur par esprit de système. C'en serait une que de faire une gastrite de la fièvre intermittente; ce sont deux maladies distinctes, même d'après les plus zélés partisans du gastritisme.

Un sujet aussi battu, et pourtant toujours aussi neuf, semble devoir être l'écueil de toutes les doctrines, et, quoique je n'aie pas la prétention d'être plus heureux que les autres, j'exposerai les réflexions qui m'ont été suggérées par quelques faits et les faits eux-mêmes : s'ils n'éclairent pas la question, du moins il ne consacreront aucune erreur capable de devenir nuisible.

Pour arriver à la solution du grand problème de la nature des fièvres intermittentes, il faut interroger les symptômes, le traitementet les altérations pathologiques; toute induction qui ne serait pas tirée de ces trois sources, ne serait que mensongère, et elle ne pourrait pas satisfaire un esprit exact.

Quand on observe un malade au moment où un accès de fièvre commence, on voit des frissons vagues parcourir simultanément ou successivement différentes régions du corps, se régulariser et devenir bientôt un frisson général; la peau pâlit, perd sa souplesse, se crispe *en chair de poule*, et semble par sa constriction sur le tissu cellulaire sous-cutané, diminuer le volume du corps; les parties colorées extérieures, les joues et les lèvres, deviennent livides, ainsi que les ongles; un sentiment de froid glacial se fait sentir à toute la périphérie et y produit les mêmes effets, c'est-à-dire, suspension de toute exhalation, cris-

pation des capillaires, refoulement des liquides; la céphalalgie frontale s'établit; la région précordiale devient le siège d'une sensation particulière de malaise et de plénitude; la respiration est plus embarrassée et le pouls est petit et concentré. Le frisson se transforme en véritable tremblement; la mâchoire inférieure commence à battre contre la supérieure, et bien souvent les membres et tout le corps sont agités d'un mouvement impossible à réprimer. — A cet état de froid, qui constitue la première période, et dont la durée, quoique illimitée, ne va guère au-delà de 3 à 4 heures, succède un nouvel ordre de phénomènes. A mesure que les symptômes précédens cessent, la peau devient chaude et brûlante, la bouche ardente, le cœur bat avec force, la figure s'anime et devient rouge, le derme s'épanouit et se gonfle en quelque sorte. — Enfin le pouls devient souple, large et plein, les pores exhalans s'ouvrent, et une sueur abondante couvre le corps et ramène le calme. Lorsque l'intermittence est complète, les fonctions s'exécutent avec toute la régularité possible jusqu'au retour de l'accès suivant.

L'analyse de ces phénomènes n'est point difficile; mais quel est le point de départ? Pour en faciliter la recherche, rappelons-nous que deux systèmes nerveux portent et entretiennent la vie dans nos organes et président à leurs fonctions: que l'un, le système nerveux ganglionaire, commun à tous les êtres organisés, tient sous sa dépendance toutes les fonctions dites organiques ou assimilatrices: que l'autre, le système nerveux cérébro-spinal, propre aux seuls animaux, est le seul principe des fonctions sensoriales et intellectuelles, et concourt à l'exécution de quelques grandes fonctions organiques (1).

Cela posé, nous verrons que les deux systèmes nerveux

(1) *Voyez mon Mémoire sur les fonctions du système nerveux ganglionaire.*

paraissent intervenir également dans la production des phénomènes de la fièvre intermittente. Au système nerveux cérébro-spinal appartiennent le sentiment de froid, la céphalalgie frontale, la sensation douloureuse de l'épigastre, la sensation de brisement des membres, le tremblement de la mâchoire et des membres; du système nerveux ganglionaire dépendent: la crispation des capillaires cutanés, d'où résulte retraite des fluides de la périphérie au centre et accumulation du sang à l'intérieur; les contractions variées du cœur; le retour des fluides à la périphérie et la sueur; les vomissemens, lorsqu'ils ont lieu, tiennent d'une part au système des ganglions par la sécrétion plus abondante de la bile et des fluides gastriques, d'autre part au système cérébral par la contraction du plan musculaire de l'estomac, qui est sous sa dépendance au moyen des pneumogastriques (1). Les modifications de sécrétion dans le cours d'un accès dépendent du système ganglionaire: l'urine claire de la période du froid, trouble du milieu de l'accès, et sédimenteuse de la terminaison, sont dues à la manière diverse dont la sensation moléculaire des reins est modifiée aux différentes époques de l'accès, pour mettre les capillaires sécréteurs de ces organes en rapport avec les matériaux appropriés à chaque variété de l'urine et leur imprimer ce caractère particulier. Cette analyse des symptômes a l'avantage de nous les montrer tous liés à l'action nerveuse, et de faire une répartition exacte de ce qui appartient à chaque système nerveux; mais elle ne nous suffit pas: elle nous fait bien connaître quelles sont les fonctions lésées; mais elle nous laisse ignorer quel est le premier organe malade, celui qui agit sur tous les autres, qui est le point de départ.

Ce sujet a été jusqu'à ce jour la pierre d'achoppement de la plupart des auteurs. Les uns, avec Hoffmann et Cul-

(1) Mémoire cité.

len, ont placé la maladie dans le système nerveux, et se sont contentés d'indiquer les symptômes qu'ils ont fait consister dans un spasme extérieur qui refoulait les liquides à l'intérieur, et dans la réaction du cœur pour rétablir l'équilibre. Cette explication est vraie autant qu'elle puisse l'être, puisqu'elle n'est que l'exposition des phénomènes; ce qui ne saurait varier. Les autres, cherchant à mieux localiser la maladie, se sont efforcés de lui trouver un siège plus fixe; en envisageant la fréquence des engorgemens abdominaux à la suite des fièvres intermittentes, ils se sont demandés si ces engorgemens étaient cause ou effet; ceux qui faisaient de la fièvre une maladie générale ont dû les considérer comme effet; ceux qui ont voulu restreindre la maladie à un organe malade les ont au contraire regardés comme la cause de la fièvre, et en ont fait dériver tous les symptômes. Ainsi, les uns ont fait de la rate le foyer de la fièvre; les autres l'ont placé dans le foie ou dans différentes autres parties. La coïncidence presque constante des engorgemens abdominaux, surtout dans la rate et dans le foie, prête à cette opinion un air de vraisemblance qui peut facilement en imposer. Cependant cette opinion se détruit d'elle-même, si l'on envisage que les fièvres intermittentes existent souvent sans engorgement ni du foie, ni de la rate; que, pour que cette théorie fût vraie, l'engorgement devrait toujours préexister à la fièvre, tandis que l'expérience a démontré le contraire. Un individu bien portant passe auprès d'un marais, et le soir même, ainsi que je l'ai vu, ressent les premières atteintes d'un accès qui se renouvelle ensuite tous les deux jours. Je ne suppose pas qu'on veuille se prévaloir de la facilité avec laquelle les individus atteints d'engorgemens abdominaux sont pris de fièvres intermittentes: ces cas, fréquens dans les pays marécageux, sont très-rares partout ailleurs. Il est nécessaire, pour ces individus comme pour les autres, qu'il y ait une exposi-

tion plus ou moins prolongée à la cause réelle de ces pyrexies, aux émanations des eaux stagnantes. Il faudrait, en outre, que toutes les personnes atteintes d'engorgemens au foie ou à la rate, ce qui est commun dans les grandes villes, fussent constamment fébricitantes : j'ai vu et je vois tous les jours beaucoup d'individus qui portent de ces engorgemens un grand nombre d'années, sans en ressentir jamais le moindre accès fébrile. Enfin, si ces engorgemens étaient la cause de la fièvre, on ne pourrait jamais guérir celle-ci qu'en les dissipant; et cependant il n'est aucun praticien qui ne sache qu'il faut d'abord arrêter les accès avant d'attaquer les engorgemens; qui ne soit même convaincu que chaque accès augmente la maladie locale, et qui ne regarde comme un grand pas vers la guérison d'avoir arrêté la pyrexie. Si ces engorgemens étaient la cause de la fièvre, non-seulement celle-ci ne pourrait pas exister sans eux, mais on ne les verrait point se prolonger indéfiniment après la disparition de l'affection périodique; ou plutôt cette affection serait-elle guérissable, tant que les engorgemens persisteraient? S'il était besoin de faits pour appuyer mon opinion, j'en apporterais un grand nombre. Je me bornerai au suivant, qui est on ne peut plus concluant et qui vient de se passer sous mes yeux.

Depuis cinq ou six ans, M.me Ampère, âgée de 54 ans, porte un engorgement hépatique considérable qui fait saillie dans la région épigastrique. Cet engorgement s'était développé lentement, à la suite des chagrins inséparables de la perte de sa fortune. Elle n'en avait jamais ressenti que les incommodités du poids et un peu moins d'appétit. Au printemps dernier (1824) elle fut prise d'une inflammation péritonéale très-aiguë, fixée dans la région iliaque gauche; vingt sangsues sur la partie douloureuse et le traitement antiphlogistique le plus sévère dissipèrent les accidens; et, à mon grand étonnement, la tumeur du foie dimi-

nua prodigieusement aussitôt après l'évacuation sanguine. M.me Ampère se remit trop tôt à ses occupations, l'inflammation péritonéale reparut avec la même intensité ; quinze sangsues furent appliquées et saignèrent beaucoup. La tumeur épigastrique s'effaça, elle ne fit plus saillie : cependant on la sentait dans l'épigastre dont elle occupait la presque totalité ; la malade, se trouvant assez bien, alla passer quelques jours de l'automne dans la Bresse ; elle y prit une fièvre intermittente quotidienne, dont les accès débutaient à une heure après midi, et se prolongeaient jusqu'à 7 ou 8 heures du soir. Trois mois s'étaient passés au milieu des remèdes de toute espèce pour combattre l'engorgement du foie : les fébrifuges et surtout le quinquina avaient toujours été rejetés comme incendiaires et propres à augmenter cet engorgement. Le 9 décembre dernier la fièvre durait toujours avec la même intensité, et l'engorgement faisait de nouveaux progrès, déjà il formait une saillie du volume d'un gros poing ; huit grains de sulfate de quinine sont prescrits dans une potion calmante et donnés en trois doses tous les matins pendant trois jours. Je vois la malade : les accès n'avaient plus lieu ; mais la langue était rouge, l'épigastre douloureux, le pouls vite et serré, et la peau chaude et sèche. Le sulfate de quinine est supprimé, douze sangsues sont appliquées sur l'épigastre, et les boissons émollientes prescrites. Cet état d'éréthisme se calma, et aujourd'hui 1.er février 1825, M.me Ampère n'a point ressenti d'accès depuis près de deux mois : elle ne conserve que son engorgement hépatique et l'état de malaise et de gêne qui en est la conséquence.

Si les fièvres intermittentes étaient essentiellement liées aux engorgemens abdominaux, on aurait lieu de s'étonner que M.me Ampère ait pu porter cinq ans un engorgement au foie sans aucun trouble pyrétique. Elle va passer quelque temps dans un des grands foyers de la fièvre intermittente, et elle l'y gagne. On cherche vainement, par tous

les fondans imaginables, à détruire l'engorgement qui est supposé être la cause de la fièvre, dans l'espérance que celle-ci se dissipera à mesure qu'il se dissipera lui-même le premier. Après avoir résisté 3 mois entiers, elle est attaquée par le quinquina, et les accès ne reparaissent plus, sans que l'engorgement ait même diminué. Il est donc évident que la pyrexie a été une maladie particulière, une maladie *sui generis*, indépendante de l'affection du foie, puisque celle-ci a existé cinq ans sans fièvre; et que le séjour dans un pays marécageux a agi sur M.me Ampère, comme sur tout le monde; qu'enfin la pyrexie n'a pu être combattue que par le fébrifuge ordinaire; l'excitation momentanée de l'estomac a été le résultat de l'action du quinquina sur un organe débile, voisin d'une partie malade, et par conséquent très-susceptible; cela a été une troisième maladie, bien distincte des deux autres, et qu'il a fallu, comme chacune d'elles, attaquer isolément par les moyens appropriés, c'est-à-dire, l'appareil antiphlogistique. Si ce fait, qui se reproduit tous les jours sous les yeux de tous les praticiens, ne prouve pas que les pyrexies sont indépendantes des engorgemens abdominaux, il est inutile de se livrer à la médecine expérimentale, à la médecine d'observation. Il n'y a qu'un esprit bien prévenu qui puisse se refuser à des faits d'une évidence aussi palpable.

La doctrine physiologique, qui déjà a rendu de si grands services à l'art de guérir, a cherché aussi à fixer les opinions sur la nature des fièvres. La localisation des pyrexies continues dans l'estomac avait tellement séduit par sa simplicité qu'il ne restait qu'un pas à faire pour leur assimiler, à l'aide de quelques analogies, les fièvres intermittentes. Cela a été fait, et ces maladies sont devenues des gastrites intermittentes. Les raisonnemens spécieux avec lesquels on a combattu les objections, ne convaincront jamais un praticien observateur qu'une inflammation de l'estomac puisse se combattre par

des excitans. Puisque c'est par analogie qu'on a considéré les pyrexies intermittentes comme des gastrites, n'aurait-il pas fallu pousser l'analogie jusqu'au bout, et s'aider de l'effet des substances médicamenteuses? Quoi! on proscrira le quinquina comme un poison dans la gastrite la plus légère, et après on me dira que, dans la gastrite la plus intense, puisqu'elle peut tuer en quelques heures, il est le seul remède efficace, et que ce n'est pas à petites, mais à grandes doses que je dois le donner. Croira-t-on me satisfaire en me disant qu'on oppose une irritation physiologique ou thérapeutique à une irritation pathologique? Pense-t-on que je me contente de mots?

La fièvre intermittente est souvent compliquée avec la gastrite, et constitue alors la fièvre rémittente. Ce cas, qui a pu d'abord concourir puissamment à étendre la théorie du gastritisme aux pyrexies intermittentes, est cependant le plus propre à démontrer la fausseté de cette application. Si l'on ne combat que l'affection intermittente par les toniques, en arrêtant les accès on augmente la gastrite. Si on n'emploie que le traitement antiphlogistique, on dissipe la gastrite; mais les accès continuent et souvent même prennent un degré d'intensité plus grand, à cause de la réaction de l'estomac malade sur l'encéphale. Pour obtenir une guérison sûre et entière, on est obligé de diriger les moyens à la fois contre la gastrite et contre la pyrexie. Serait-il possible encore de faire de la fièvre intermittente une gastrite? Il faut donc les isoler, puisque la nature ne nous permet pas de les confondre lors-même qu'elle les a réunies et qu'elle nous force de les attaquer isolément. Au reste, l'opinion d'une gastrite intermittente n'est déjà plus aussi générale; plusieurs de ses champions l'ont abandonnée aussitôt qu'ils ont voulu observer de bonne foi.

Pour ne rien laisser à désirer sur un sujet aussi important, et ne point paraître avoir adopté sans examen un

principe recommandable seulement par son ancienneté et par les noms de ceux qui l'ont consacré, entr'autres faits concluans, j'en choisirai deux que je viens de recueillir et qui ne peuvent laisser aucun doute.

Observation. — Stéphane Duguêt, âgé de 6 ans, éprouve pendant quelques jours un sentiment de froid bien remarquable; c'était dans les premiers jours de décembre. Quoique la température fût douce, il était toute la journée sur le feu; sa gaîté se perd; il se plaint parfois d'une douleur très-aiguë sur la tête; il perd l'appétit; la langue devient blanche au centre et rouge sur les bords; il éprouve quelques coliques et un peu de dévoiement, et l'abdomen devient douloureux et dur, surtout dans la région épigastrique; tous les jours, à une heure après-midi, la sensation du froid augmente, la céphalalgie centrale de la tête devient déchirante, la face s'anime, la chaleur revient, et le malade s'endort, mais s'éveille à chaque instant pour se plaindre d'une manière pénible et demander à boire. L'accès se termine vers les neuf heures du soir, et le malade revient à son état précédent. Chaque jour voyait augmenter la maladie, et les exacerbations devenaient de plus en plus fortes. Le 18 décembre, les accidens furent si violens et surtout la douleur de tête, qu'il y eut quelques momens de délire. Le souvenir de la maladie cruelle qu'avait éprouvée, deux ans auparavant, le jeune Stéphane, et que j'ai consignée dans mon Mémoire sur les convulsions, fit craindre, avec juste raison, le retour de semblables accidens. Huit sangsues furent conseillées aux jambes. Il fut impossible de les faire mordre. Je pratiquai une saignée de huit onces. Peu après, le malade s'endormit, et ne resta point brûlant pendant la nuit; son sommeil paisible ne fut interrompu que deux fois pour demander à boire, mais sans se plaindre. Le 19 au matin, Stéphane avait repris toute sa gaîté, s'amusait comme d'habitude et ne se plaignait plus de rien. Le pouls

état naturel ; la langue, humide, se dépouillait de l'enduit blanchâtre du centre, et perdait le rouge vif de ses bords. Le déjeuner bien et paru guéri, mais à une heure, la sensation du froid, une céphalalgie intense, la pâleur, puis la rougeur de la face nous dévoilèrent une fièvre intermittente. A huit heures du soir, l'accès se termina, et le malade passa une très-bonne nuit. Le 21, la matinée fut excellente ; comme la veille la langue est revenue à son état naturel. A une heure, retour de l'accès, mais plus fort que la veille ; la céphalalgie sincipitale est atroce. (*Limonade, sinapismes aux pieds.*) L'accès se termine le soir comme la veille. La nuit est excellente, et le matin le malade est parfaitement libre. Cinq grains de sulfate de quinine sont dissous dans deux onces d'une potion tempérante et pris en deux doses. L'accès ne fut marqué que par un sentiment de brisement et une légère céphalalgie. La soirée, la nuit et la matinée, le malade était bien ; sa répugnance pour la quinine ne permit de lui administrer que la moitié de la dose. Retour de l'accès à la même heure, mais un peu moins fort que les jours antécédens. Le 23, l'autre moitié de la potion, c'est-à-dire 2 grains et demi de sulfate de quinine, est administrée ; l'accès revient, mais deux heures plus tard, et il dure un peu moins. Le 24, cinq grains de sulfate de quinine sont donnés en une seule dose ; point d'accès. Le 25, quatre grains sont pris ; le 26 également ; la maladie est jugée, les accès ne reparaissent plus.

Dès le début de cette maladie, une gastrite devient l'affection dominante, et masque les accès de la pyrexie intermittente sous la forme d'exacerbation, ou en fait une espèce de fièvre rémittente. L'inflammation de l'estomac est combattue : les antiphlogistiques et une saignée la dissipent. La pyrexie intermittente persiste et se prolonge : elle dépend donc de toute autre cause que de la gastrite, puisque les moyens qui ont guéri celle-ci n'ont

eu aucune prise sur elle. Ainsi, cette complication même des deux maladies, au lieu de les confondre et de les assimiler, ne sert au contraire qu'à les caractériser chacune en particulier, qu'à les isoler davantage, qu'à les montrer essentiellement distinctes et d'une nature tout-à-fait différente.

Ne pourrions-nous pas encore tirer de ce fait la conséquence que le quinquina porté sur l'estomac n'est pas toujours aussi incendiaire qu'on s'est efforcé de le publier, puisque le sulfate de quinine a été ingéré dans cet organe deux jours seulement après la disparition de la gastrite, que la quinine est la partie la plus active du quinquina, et qu'elle a été donnée à la dose de cinq grains, ce qui est déjà considérable chez un enfant de 6 ans. Son administration a été si loin de rappeler les accidens inflammatoires que la langue a fini de se dépouiller et a repris son état ordinaire.

A ce fait je pourrais joindre l'histoire de deux militaires qui entrèrent, dans le courant de septembre 1824, dans la salle militaire de l'Hôtel-Dieu de Lyon, avec tous les symptômes d'une gastrite : rougeur vive de la langue, sensibilité douloureuse de l'épigastre, vomissement de la boisson, céphalalgie, etc., et chez lesquels, tous les deux jours, un accès bien marqué se développait et en faisait une fièvre rémittente tierce. Tous deux étaient jeunes et vigoureux : je leur fis pratiquer à chacun une saignée de 16 onces, et le lendemain quinze sangsues furent placées sur l'épigastre. La gastrite s'évanouit; mais les accès revinrent aussi forts que précédemment; il fallut les combattre à leur tour. Ici, comme dans le cas précédent, nous avons eu à la fois deux maladies. Chacune a nécessité le traitement qui lui est approprié. Le médecin aurait vainement voulu les confondre, la nature lui aurait appris à les distinguer. Il faut n'avoir jamais vu de malades ou être renforcé d'une foi bien robuste dans son système pour se refuser à l'évidence de pareils faits.

Observation. — M.me Fayol, âgée de 24 ans, et mariée depuis six mois, avait toujours joui d'une bonne santé lorsque, dans les premiers jours de janvier 1825, elle éprouva, pendant quelques jours, un sentiment de malaise général : il y avait brisement, lassitude, céphalalgie, frissons vagues alternant avec des bouffées de chaleur, anorexie, douleur à l'épigastre. Les symptômes augmentaient beaucoup d'intensité tous les soirs, et chaque jour voyait revenir les exacerbations plus fortes. Dix ou douze jours se passèrent ainsi, et le 17 janvier, lorsque je vis la malade pour la première fois, elle était vers la fin d'un accès excessivement violent. Il y avait eu un peu de délire, mais il avait cessé; la céphalalgie était très-grande et la figure injectée; la langue était très-rouge à la pointe et jaunâtre au centre; il y avait eu plusieurs vomissemens et quelques efforts accompagnés d'un état pénible de défaillance; la région épigastrique était douloureuse, surtout au toucher; le pouls tendait à se relever et à devenir onduleux; la peau était chaude et entrait en moiteur. Quoique, par le récit de ce qui s'était passé, j'eusse acquis la certitude que l'intermittence n'était pas complète, que les signes permanens indiquaient une gastrite évidente, et qu'en conséquence j'avais à traiter une fièvre rémittente, je ne balançai pas, le quinquina fut prescrit : je craignais que les accès ne prissent le caractère pernicieux pour en attendre davantage. Cependant je choisis le moyen qui me parut le moins excitant, et l'extrait gommeux de quinquina eut la préférence : un gros fut pris dans la matinée dans une petite potion calmante. Il n'y eut qu'une légère exacerbation le soir. Le lendemain, l'extrait fut encore administré, malgré la rougeur de la langue et les douleurs de l'estomac. L'accès ne revint point; mais la langue devint plus rouge et montra de la tendance à se sécher; l'épigastre se tendit et acquit une sensibilité extrême; le pouls resta vif et serré; en un mot,

tout annonça l'existence d'une gastrite; 18 sangsues furent appliquées sur l'épigastre, et la malade fut mise à l'usage de l'infusion de fleurs de violettes gommée, et d'un julep tempérant. La langue s'humecta, devint moins rouge au bord et se dépouilla bientôt de son enduit. La maladie marcha rapidement vers la convalescence, qui ne fut entravée ni par la gastrite, ni par le retour d'aucun paroxysme.

Dans ce cas, comme dans le précédent, j'ai eu à traiter deux maladies: une gastrite et une fièvre intermittente; les symptômes les indiquaient, et le traitement les a bien mieux isolés. La fièvre intermittente, attaquée la première, a cédé au fébrifuge; la gastrite a cédé après au traitement antiphlogistique. Cela nous prouve que, dans les cas de fièvres rémittentes, on peut également réussir en attaquant la pyrexie ou la gastrite la première. Cependant je ne prétends point conclure qu'on puisse indistinctement commencer le traitement par l'une ou par l'autre de ces maladies. Quelle que soit la méthode adoptée, si elle était exclusive, elle exposerait quelquefois à de graves inconvéniens. Ou bien l'on augmenterait d'une manière fâcheuse une gastrite trop intense, si l'on adoptait un traitement fébrifuge; ou bien l'on exposerait le malade à succomber à quelques accès pernicieux, si l'on s'opiniâtrait à vouloir toujours combattre la gastrite la première. Pour agir avec prudence, il faut avoir égard d'abord au degré d'intensité de chacune des deux maladies compliquantes, et attaquer toujours en premier celle qui pourrait menacer les jours du malade. Mais dans la plupart des cas, lorsqu'il n'y a ni gastrite trop intense, ni paroxysmes trop violens ou insidieux, il conviendra d'attaquer la gastrite la première, parce que l'ingestion d'un fébrifuge quelconque sur la surface enflammée de l'estomac en accroîtrait la maladie. Si je me suis décidé à prescrire le quinquina à M.me Fayol, la raison en est évidente: les accès prenaient

un caractère insidieux et auraient pu devenir funestes; aussi on a vu en même temps que l'inflammation gastrique a été augmentée momentanément.

Nous pouvons donc établir, sans crainte de nous tromper, que la gastrite et la fièvre intermittentes sont deux maladies tout-à-fait distinctes.

L'analogie des phénomènes qui se présentent dans chaque accès, froid, chaleur et sueur, leur analogie, dis-je, avec le début d'une inflammation un peu intense, qui, ordinairement, s'accompagne de frissons et ensuite de chaleur, a pu faire penser avec assez de raison que les phénomènes pyrétiques étaient dépendans d'un état fluxionnaire interne qui appelait à lui les fluides extérieurs, et en opérait ainsi la concentration. Quelque juste que paraisse ce raisonnement, il ne l'est cependant pas dans tous les cas, et je crois que bien souvent le mouvement concentrique a lieu par le refoulement de l'extérieur à l'intérieur, autant peut-être que par l'appel fluxionnaire interne. La réaction en quelque sorte fébrile que j'avais souvent éprouvée lorsque je me trouvais soustrait à l'action d'un froid assez vif, après y avoir été exposé quelques instans, m'inspira des doutes sur la manière dont s'expliquait cette fluxion concentrique, et m'engagea à me soumettre à une expérience que j'ai crue propre à fixer mon incertitude. Si le point de départ est à l'intérieur, me suis-je dit, et que tous les autres phénomènes ne soient que symptomatiques, rien ne doit intervertir cet ordre naturel. Pour me convaincre, je me décidai, vers la fin d'octobre 1822, à prendre toutes les nuits à la même heure, à minuit, un bain froid dans la Saône qui coule sous mes fenêtres. Le premier fut d'un quart-d'heure, le second, de demi-heure; j'augmentai jusqu'à demeurer une heure dans l'eau. Après chaque bain, je venais me mettre chaudement au lit: bientôt j'éprouvais la réaction de la chaleur; et toujours la scène se termi-

nait par une sueur assez abondante pendant laquelle je m'endormais jusqu'au jour. Je pris ainsi sept bains, et je m'arrêtai, content de mon expérience. Quelle fut ma surprise de voir les jours suivans, entre minuit et une heure, que mon corps, ayant contracté l'habitude des bains froids, en conservait l'influence et le sentiment, et éprouvait tous les caractères d'un véritable accès fébrile. Comme le mal était peu grave, que dans le jour je ne m'apercevais de rien, que l'appétit était bon, et que toutes les fonctions s'exécutaient librement, je laissai marcher cette pyrexie artificielle, et j'eus six accès de suite. La septième nuit depuis la cessation des bains froids, on vint me chercher pour aller faire un accouchement à la Croix-Rouge : il était près de minuit. La rapidité avec laquelle je montai me fit prendre chaud, et quand j'arrivai, je me tins auprès d'un bon feu et dans une pièce bien chaude. L'accès ne parut point, et n'a pas reparu depuis.

Si je ne me trompe, cette observation pourrait faire établir que le point de départ n'est pas toujours à l'intérieur, puisque sept immersions dans un bain froid, faites à la même heure, ont déterminé, on peut dire artificiellement, une véritable pyrexie intermittente. Ce n'est point en agissant sur les organes épigastriques, leur action s'est passée toute entière à la surface du corps; l'organe cutané en a reçu la première impression ; c'est donc l'organe cutané qui a dû réagir sur tout le reste du corps ; il a dû être le point de départ. Cette expérience n'est point nouvelle. Je sais que des praticiens distingués l'ont anciennement tentée et recommandée dans l'intention louable de guérir différens engorgemens rebelles en produisant la fièvre intermittente (1). S'ils ont été trompés

(1) Cette croyance de quelques anciens médecins, sur les bons effets de la fièvre intermittente dans les maladies chroniques, vient d'être renouvelée par M. Moreau (Athénée de Médecine de Paris, février 1823),

dans leurs espérances, ils n'en ont pas moins déterminé souvent la fièvre par ce refroidissement alterné avec la chaleur, et ce serait une preuve en faveur de mon opinion. Voyons encore ce qui se passe plus tard. Six accès ont lieu sans diminution aucune dans leur intensité, et sans avoir rien tenté pour les arrêter: lorsque le septième doit arriver, une marche accélérée pour gravir la côte la plus rapide de notre ville (Lyon) active la circulation, fait porter le sang à la périphérie, et y provoque une forte chaleur que j'entretiens auprès d'un bon feu; l'accès ne reparaît pas. Il semble assez évident que la chaleur, rappelée à la peau dans le moment où le froid allait s'y manifester, a été le moyen curatif de la fièvre, a prévenu l'invasion de cet accès en s'opposant au frisson. Cependant l'on peut objecter que le mouvement insolite imprimé par la marche à la circulation a bien pu prévenir l'accès, d'autant plus efficacement que son action a été générale, tandis que la chaleur est limitée à la surface du corps; et que, dans les fièvres intermittentes ordinaires, à quelque degré de chaleur artificielle que le malade s'expose, jamais il ne parvient à arrêter, ni même à modérer l'intensité du frisson. Cette objection nécessite quelques réflexions sur la manière dont la chaleur se développe dans notre corps, et surtout à la périphérie.

La chaleur est augmentée de deux manières dans notre économie: ou par l'accélération de la circulation, ou par une température extérieure plus élevée. Je ne parle point ici de ces sensations d'une chaleur vive sans élévation de la température du corps: ceci est un état pathologique du système nerveux, tout-à-fait étranger à ce qui doit nous occuper.

1.° Lorsque la circulation est accélérée, le sang fluide

---

qui propose sérieusement de l'inoculer au moyen de la matière des pustules dont l'éruption se fait autour des lèvres.

vivifiant arrive en abondance à tous les organes; il y arrive riche du calorique qu'il a puisé dans les poumons pour le complément de son hématose. Si plus de sang arrive, plus de calorique arrive aussi, et cela suffirait pour expliquer l'accroissement de la chaleur. Il y a plus, chaque ondée de sang détermine dans les organes l'excitation nécessaire à l'entretien de la vie, leur fournit en même temps les matériaux de leurs sécrétions et de leur nutrition: lorsque, par l'accélération de la circulation, les organes reçoivent des ondées plus multipliées, leurs fonctions et leur nutrition en sont augmentées d'autant, et la physiologie nous apprend qu'un organe n'augmente jamais d'activité dans ses fonctions sans augmenter aussi de température. Or, la peau se gonfle à l'abord d'une plus grande quantité de liquide, et son action exhalante est augmentée. Ce que je dis de la peau, parce que les phénomènes se passent sous nos yeux, est applicable à tous les autres organes. Ainsi, partout, dans tous les organes, dans tous les tissus, il y a afflux plus rapide de sang, et augmentation d'action, partout il y a donc augmentation de chaleur; c'est un mouvement général; il n'est point borné à un seul organe, à une partie unique. Il est bien propre à agir avec énergie dans une foule de circonstances; et à coup sûr, dans un accès de fièvre il ne faut rien moins que le développement d'une chaleur semblable, c'est-à-dire générale, pour opérer, à l'aide des contractions violentes du cœur, une expansion bien propre à prévenir le mouvement concentrique de l'accès. Toujours est-il vrai que le développement de la chaleur doit puissamment contribuer à intervertir la marche pyrétique.

2.° La chaleur extérieure produit deux effets : 1.° la sensation de chaleur; 2.° l'abord des liquides dans le tissu cutané, sa turgescence en quelque sorte, et l'accroissement de sa circulation capillaire et de son exhalation.

Lorsqu'elle ne produit que le premier effet, quelque élevée que soit la température, elle n'arrêtera jamais un accès de fièvre : voilà pourquoi un malade qui éprouve le frisson de l'accès, se chauffe sans fruit auprès du feu le plus ardent, et se couvre inutilement d'un grand nombre de couvertures : voilà pourquoi la chaleur artificielle, procurée antérieurement à l'accès, ne le préviendra point si elle ne parvient à faire affluer les liquides à sa périphérie, à rompre en un mot la convergence fébrile. De même le froid qui ne causerait que la sensation de son impression, sans refouler les liquides par la constriction des capillaires, n'occasionnerait point de résultat analogue à la fièvre. Il est si vrai que l'action augmentée de la peau est indispensable pour arrêter la fièvre lorsqu'on la combat par la chaleur, que si l'on pouvait trouver un moyen qui pût produire cet effet, on arrêterait infailliblement les accès. Eh bien ! cette supposition est une réalité, nous possédons ce moyen dans l'ammoniaque liquide. A cet égard, je citerai la pratique que j'ai suivie bien des fois. Depuis deux ans, lorsque j'ai eu des fièvres intermittentes à traiter, et que les accès débutaient par un frisson bien fort, j'ai combattu la maladie avec un succès étonnant, en provoquant, deux ou trois heures avant l'accès, une sueur abondante au moyen de l'ammoniaque liquide. Entr'autres observations, j'en citerai une récente.

Observation. — Madame Besson, âgée de 40 ans, d'une constitution sanguine, et d'un embonpoint remarquable, est sujette à des céphalalgies périodiques qui ne se dissipent que par la saignée. Elle fut atteinte (dans le mois d'octobre dernier, 1824), d'une fièvre intermittente quotidienne, dont chaque accès débutait, entre neuf et dix heures du soir, par un froid glacial qui durait plusieurs heures. Vainement elle chauffait son lit et se couvrait de beaucoup de couvertures, le froid n'en était pas moins intense. Après le cinquième accès, je lui conseillai l'am-

moniaque de la manière suivante: ♃ eau de tilleul distillée, ℥ iv; — sirop de pivoine, ℥ i; — sirop de coquelicôt, ℥ ß; — ammoniaque liquide, ℈ xvj; — eau de fleurs d'oranger, ℥ ß; mêlez et tenez bien bouché. Vous prendrez en trois doses, à trois quarts d'heure d'intervalle, la première dose, trois heures avant l'accès. Je prescrivis en outre, dans l'intervalle, et après qu'elle serait finie, quelques tasses d'infusion de tilleul et de violettes bien chaudes. Une sueur abondante s'établit et l'accès ne vint pas. Le lendemain et le surlendemain, le même moyen fut employé, et avec le même succès.

La chaleur extérieure n'avait pu prévenir les accès, et la sueur, provoquée par l'ammoniaque, a réussi. Il faut donc une action différente de la chaleur pour combattre le froid des accès. Ne croyez point prévenir un accès par la seule chaleur; vainement vous chaufferez le corps, vous échouerez infailliblement. Qu'a donc fait l'ammoniaque? Sans activer la circulation, sans causer de chaleur intérieure, cet alcali agit d'une manière spéciale sur la peau, il en active la fonction d'exhalation, et, par les raisons exposées plus haut, la chaleur s'en trouve augmentée.

Faisons aussi l'application de cette puissante médication à l'usage des bains de vapeurs par encaissement. Les bains de vapeurs ne se bornent pas à échauffer: bientôt ils accélèrent la circulation générale et la circulation capillaire cutanée; l'exhalation de cet organe est puissamment provoquée. Je suis convaincu, d'après cela, qu'un bain de vapeurs, pris quelques instans avant l'accès, romprait la direction fébrile, en rappelant à l'extérieur plus d'activité, plus de liquides. Déjà quelques essais ont été faits par M. Rapou, et lui ont prouvé les heureux effets qu'il doit se promettre de ses appareils. S'il n'a pas toujours obtenu tout le succès, surtout aussi promptement qu'il désirait, cela tient peut-être à ce qu'il a fait

gais, agréables et satisfaisans pour elle. Je l'entretins ainsi sans lui donner le temps de songer à son accès, pendant deux heures et demie; il n'avait pas paru et ne vint point. Le 8.e jour, M.me V......, à ma recommandation, pria quelques personnes fort gaies de venir rendre visite à sa fille dans l'après-midi : l'accès se passa en conversations agréables. La guérison fut complète.

Dans ce cas il n'y a pas eu de sensation physique; mais le moral n'est qu'un mode de sensation, puisqu'il émane de l'organe sensitif, qu'il est une des attributions de l'encéphale, une dépendance fonctionnelle du système nerveux cérébro-spinal; la cure de cette fièvre s'est donc opérée par la seule influence directe des nerfs cérébraux, sans participation d'aucune action de la part des capillaires cutanés, et sans influence primitive du système nerveux ganglionaire.

Obs. M. Demezière, praticien recommandable, est établi à Givors, où depuis 40 ans il exerce la médecine; doué d'un jugement sain, d'une volonté forte et d'une susceptibilité extrême, il a résisté 18 mois, avec un courage remarquable, aux peines physiques et morales que lui causait la maladie cruelle de son épouse, qui à chaque instant éprouvait des récidives qui la mettaient dans le plus grand danger, et qui le tenaient sur pieds nuit et jour. Son corps succomba en quelque sorte sous le poids de la fatigue : une gastrite bien franche eut lieu. La maladie se jugea assez rapidement sous l'influence du repos, des calmans, des mucilagineux et des sangsues au fondement. M. Demezière était convalescent; mais cette maladie avait exaspéré sa susceptibilité, et ses idées prirent une teinte de tristesse que rien ne put distraire; l'état de son épouse, qu'il désespérait de voir se rétablir, le jetait dans un chagrin profond. Un peu d'exacerbation eut lieu un soir, c'était vers la fin d'août 1824; le lendemain à la même heure, le frisson et le froid d'un accès de fièvre

furent bien marqués et assez longs ; l'imagination lugubre du malade en exagéra les effets, et il se crut de suite en proie à une maladie incurable ; le troisième jour il calculait d'avance l'invasion du paroxysme, et son imagination prévenue et attristée en fit un véritable accès de fièvre intermittente pernicieuse. Sans perdre entièrement connaissance, M. Demézière se trouva dans un état de lipothymie continuelle pendant toute la nuit : un froid glacial s'était emparé de tous ses membres ; il avait la figure *hippocratique*, et à chaque instant il croyait succomber. Enfin la chaleur dissipa ces phénomènes inquiétans. On m'envoya chercher, et j'arrivai auprès du malade à une heure de l'après midi ; le malade était en proie aux angoisses des préludes d'un accès qu'il regardait comme nécessairement mortel ; les traits grippés de la figure, le regard sinistre annonçaient l'abattement du désespoir : ses membres étaient froids, et il se sentait, disait-il, menacé de syncopes bien plus graves que celles de la veills. A ses raisonnemens, à la manière dont il calculait les phénomènes qu'il devait éprouver, je compris que sa maladie était toute morale, que le physique ne souffrait que par l'influence du premier ; en un mot que nous avions en quelque sorte une fièvre morale, qui pouvait devenir funeste à cause de la vive susceptibilité du malade. En conséquence, je pensai qu'il fallait agir sur le moral, et après avoir essayé de lui en faire à lui-même sentir la nécessité, j'engageai la conversation sur des objets propres à occuper son imagination et à la détourner du sujet de ses craintes. A mesure qu'il y prit plus de part, son œil éteint se ranima ; sa physionomie prit une autre expression ; le pouls si petit et si concentré, se releva, et la chaleur se rétablit. Au bout de trois heures, je quittai M. Demezière en si bon état, qu'il descendit avec aisance jusqu'à la rue pour m'accompagner, et le lendemain il monta à cheval. Le bien se soutint pendant un mois, mais

toujours en présence de sa femme dont son imagination affectée grossissait les dangers. A ce tourment, auquel son ame forte le faisait résister, vint s'en joindre un autre : il éprouva, un jour qu'il était mieux que jamais, une contrariété si grande qu'il se retira avec un violent mal de tête, qui, après quelques heures, se termina par un assoupissement presque carotique. Le lendemain vers les trois heures de l'après midi, la céphalalgie revint avec la même violence que la veille, et s'accompagna de lipothymie et d'un froid si grand, que pour le réchauffer on fut obligé de l'envelopper dans une peau de mouton ; au froid succéda un assoupissement carotique si profond qu'on crût ce malade perdu. Peu-à-peu une transpiration abondante s'établit et le sommeil se dissipa ; mais les idées du malade restèrent tellement embarrassées, qu'il parut dans une espèce de délire ou plutôt de *subdelirium ;* les yeux étaient hagards et les conjonctives injectées, et la figure avait une expression d'hébétude. Je ne pus arriver auprès du malade qu'à six heures du soir ; le récit de ce qui s'était passé et l'état des fonctions intellectuelles ne me permirent pas d'espérer le même succès de l'influence du moral, quoique la cause eût été morale. Je me hâtai de faire prendre une dose de huit grains de sulfate de quinine, et une de quatre grains une heure après. Ce médicament prévint le développement d'un accès que quelques frissons fugaces semblaient déjà annoncer ; il n'y eut ni froid glacial, ni carus, ni lipothymie ; la nuit se passa assez bonne, à part un peu d'agitation.

A quatre heures du matin, lorsque je quittai le malade, la figure était moins hébétée, les yeux plus naturels, et les idées un peu plus nettes ; vainement on voulut faire prendre du sulfate de quinine, personne n'eut assez d'ascendant sur M. D. pour l'y décider ; le soir une légère exacerbation eut lieu, et ne fut caractérisée que par de

la chaleur et une transpiration assez marquée, il n'y eut plus d'accès ; mais le moral profondément affecté rendit la convalescence très-longue.

Cette observation, intéressante sous bien des rapports, nous prouve que des affections vives peuvent occasionner des fièvres intermittentes, puisque la rechute de M. D. a été l'effet évident de cette cause, et qu'on serait même fondé à lui attribuer la première maladie. Elle nous prouve aussi, de même que la précédente, qu'on peut, dans quelques circonstances, rompre l'intermittence en agissant sur le moral, puisque, en causant avec le malade, j'ai assez fortement agi sur son imagination pour la détourner de ses idées pénibles, et prévenir l'invasion d'un accès imminent. On me demandera pourquoi chez le même individu, et dans des circonstances en apparence analogues, je n'ai pas tenté dans le second cas la médication morale, attendu que j'avais pour m'y autoriser le succès du premier cas ; ma réponse est facile : c'est que dans la première maladie, M. D. avait conservé toute sa tête et qu'il pouvait causer aussi sainement qu'en pleine santé ; au lieu que dans la seconde, ses idées n'ayant plus ni justesse, ni précision, il lui était impossible de soutenir la conversation, de suivre un raisonnement et de se laisser convaincre par les meilleures raisons du monde. Toutes tentatives de ce côté eussent été infructueuses et auraient donné à un accès le temps de survenir et d'emporter le malade avant qu'on eût rien fait. Il fallait agir sur le physique et rapidement, puisque c'était la seule voie qui fût ouverte aux remèdes ; quel que soit au reste le motif qui m'ait fait agir, le fait est tel. D'après ces considérations ne pourrait-on pas établir que le système nerveux cérébral a au moins quelque influence dans la production et dans le traitement des pyrexies intermittentes : nous dirons plus tard comment. Quel est le praticien qui n'a pas vu bien des fois une pyrexie intermittente, ar-

rêtée depuis plusieurs jours, reparaître à la suite de quelque émotion vive et profonde de l'ame, de quelque nature qu'elle fût? Qui n'a pas vu également une frayeur, un accès de colère, une joie subite et bien grande, arrêter une fièvre quarte qui avait résisté à tous les fébrifuges les plus énergiques? Ces faits, que la pratique journalière met sous les yeux de l'observateur, ajouteraient encore à l'opinion que le système nerveux cérébral peut coopérer à la production et à la cure des pyrexies.

Déjà la thérapeutique des fièvres intermittentes nous a fourni plusieurs réflexions intéressantes, à mesure que le sujet les a amenées. Si nous voulions l'envisager dans son entier et parcourir la foule innombrable des médicamens employés, il serait facile de faire un gros volume; mon intention n'est point telle, je vais seulement parler de quelques modes de traitement.

La médication la plus ancienne est celle des évacuans par le haut et par le bas. Quoique très-infidèle, elle compte pourtant des succès assez marqués pour mériter la confiance que lui accordent encore quelques praticiens dans certains cas; que ce soient les vomitifs ou les purgatifs, leur mode d'action est à-peu-près le même; ces deux classes de médicamens produisent deux effets protergiques; 1.° sensation particulière et vive sur la muqueuse gastro-intestinale, et accroissement du mouvement du plan musculaire du canal digestif; 2.° afflux, sécrétion et excrétion d'une plus grande quantité de liquides. De ces deux manières d'agir des évacuans, quelle est celle qui arrête l'intermittence pyrétique? C'est par la sensation qu'ils produisent sur la muqueuse gastro-intestinale qu'ils réussissent: je le crois ainsi, et voici sur quoi je me fonde: 1.° la plupart des remèdes qui guérissent les fièvres intermittentes les guérissent sans évacuations; 2.° beaucoup de fièvres intermittentes sont à chaque accès précédées ou accompagnées d'évacuations bilieuses énormes, et quelquefois d'évacua-

tions alvines ; et cependant les accès n'en persistent pas moins ; ils vont même en augmentant. Je pense donc que l'émétique, l'ipécacuanha, les purgatifs amers, résineux, salins, etc., agissent à la manière du quinquina, en produisant une sensation particulière sur l'estomac et les intestins, et non en déterminant des vomissemens ou des selles. Cela est si vrai que tous les praticiens ont reconnu combien ils ajoutaient à l'efficacité du quinquina, quand ils lui étaient associés sans rien évacuer ; et combien l'effet du quinquina était éludé, lorsque ce remède déterminait des selles abondantes, qu'il agissait à la manière des purgatifs. Ce qui me porte encore à penser ainsi, c'est une méthode de traitement que j'ai déjà mise en pratique bien des fois, et qui se compose d'évacuations sanguines et de l'administration de l'ipécacuanha.

Pendant que j'étais interne à l'Hôtel-Dieu de Paris, je fus placé en cette qualité pendant six mois auprès de M. Bosquillon, homme profondément instruit, mais dont la fureur pour les saignées avait passé en proverbe. Il faisait la visite dans la salle Saint-Charles ; le mouvement rapide des troupes à cette époque avait nécessité d'en faire une salle militaire, c'était en automne. Parmi les malades qui entraient dans la salle, au moins un quart étaient atteints de fièvres intermittentes, une saignée et six grains de poudre du Brésil étaient la première et constante prescription. Cette pratique bannale de Bosquillon avait sur ces jeunes conscrits un effet constant : sur six, cinq au moins ne voyaient pas reparaître la fièvre et se trouvaient radicalement guéris ; ceux qui n'étaient pas débarrassés par cette première médication, y étaient soumis uue seconde fois. Je puis assurer que sur 80 malades, je n'en ai vu aucun qui n'ait éprouvé les bons effets de cette méthode. Aussi Bosquillon se glorifiait de faire une grande économie à la maison, en n'administrant jamais le quinquina, qui alors était extrêmement cher ; un succès

si remarquable avait fixé mon attention, et je n'attendais que l'occasion de vérifier par moi-même si je pourrais l'obtenir aussi bien que ce médecin; quelques essais dans ma pratique particulière me confirmèrent la bonté de la méthode; mais il lui manquait une application en grand.

Observations. — Au mois de septembre dernier (1824), je fus momentanément chargé de faire le service dans la salle des militaires de l'Hôtel-Dieu; sur deux-cents cinquante malades, deux cents au moins étaient atteints de pyrexies intermittentes. Chez la plupart, le type était tierce, chez quelques-uns il était quotidien ou double tierce. Le jour même que je pris le service, douze malades étaient entrés, neuf avaient des fièvres intermittentes tierces ou quotidiennes; presque tous avaient été émétisés et purgés à la caserne, mais sans succès; les accès n'avaient rien perdu de leur intensité. Peut-être cela tenait-il à ce que ces malades avaient été traités au milieu du foyer d'infection. Sept n'avaient d'autre mal que le retour périodique de leur accès. Je leur fis pratiquer sur le champ une saignée de 12 à 15 onces, et deux heures après, 12 grains d'ipécacuanha furent administrés. Chez un seul la fièvre reparut: une seconde saignée et l'ipécacuanha la dissipèrent pour toujours. Nous avons vu plus haut l'histoire des deux autres: chez eux l'estomac était enflammé. Une saignée et les sangsues dissipèrent la gastrite; le surlendemain les accès ayant reparu, l'ipécacuanha fut donné et les malades furent guéris. Je répétai cette pratique sur tous les militaires qui entrèrent pendant le peu de temps que je fis le service, et constamment le succès a couronné mes espérances. Je ne doute plus aujourd'hui de l'efficacité de cette méthode: cependant avant de la donner pour infaillible dans tous les cas, il convient de la répéter et surtout dans toutes les circonstances possibles des pyrexies intermittentes; tandis que je n'en ai

fait usage que sur des individus jeunes et forts, et loin du foyer d'infection. Quoi qu'il en soit, Bosquillon réussissait, et j'ai réussi beaucoup plus sûrement que par les seuls évacuans, puisque la plupart des militaires qui sont entrés à l'hôpital avaient déjà pris infructueusement l'émétique et les purgatifs. Pourquoi l'ipécacuanha a-t-il mieux réussi alors qu'auparavant, son action étant la même que celle du tartre stibié? Pourquoi? le voici : il a été administré après une évacuation sanguine, et le propre des évacuations sanguines est d'augmenter la susceptibilité nerveuse; il a trouvé la surface muqueuse des voies digestives plus impressionnable à son action : déjà leurs nerfs avaient subi une modification de la part de la saignée, lorsque l'ipécacuanha leur a été présenté; son action a été non-seulement plus énergique, mais peut-être différente, parce que les organes d'un individu qui vient d'être saigné ne se trouvent plus dans les mêmes conditions, et que, sentant différemment, les impressions qu'ils reçoivent ne sont plus les mêmes et ne peuvent plus être comparées. Cela est encore prouvé par la pratique même de Bosquillon, qui n'ordonnait jamais que six grains de poudre du Brésil; cette faible dose, qui sollicite à peine quelques vomituritions chez un individu qui n'a point été saigné, déterminait, chez tous ceux qui l'avaient été, des vomissemens aussi forts, aussi abondans que s'ils eussent pris 20 ou 30 grains du vomitif. Malgré ces succès de l'ipécacuanha, je suis loin de le regarder comme spécifique; je ne lui crois aucune action spéciale contre les pyrexies : je pense que l'émétique administré après la saignée produirait les mêmes effets que l'ipécacuanha. C'est même de cette manière qu'agit la potion stibio-opiacée du docteur Peysson. L'opium produit sur le système nerveux un effet analogue à la saignée. L'un et l'autre augmentent et modifient la susceptibilité nerveuse en débilitant et rendant plus facile l'action des agens thé-

rapeutiques. Je crois la chose si vraie, que je suis persuadé que l'émétique, donné après les opiacés, serait tout aussi efficace que combiné avec eux. Il ne faut pas non plus attribuer une action spécifique à cette combinaison stibio-opiacée : M. le docteur Montain s'est livré à des essais sur les associations de l'ipécacuanha avec l'opium, et il en a obtenu les mêmes résultats que de la potion du docteur Peysson.

Le quinquina a fourni lui seul des volumes innombrables sur son action fébrifuge. De toutes les opinions, la plus absurde est celle qui le fait agir à la manière des révulsifs, en opposant irritation thérapeutique à irritation pathologique. Cette explication logomachique peut séduire par sa simplicité apparente ; mais s'il en était ainsi, les substances âcres, beaucoup plus irritantes que le quinquina, seraient aussi de meilleurs fébrifuges, et cependant toutes les recherches faites jusqu'à ce jour n'ont montré dans les succédanées de l'écorce péruvienne aucun fébrifuge qui pût la remplacer. Jamais non plus les sinapismes ni les vésicatoires n'ont été des fébrifuges, quoique leur *irritation thérapeutique* ne soit pas douteuse. Bien des fois j'ai arrêté des accès pyrétiques par des applications topiques de quinquina. Je ne sais pas si, avec des yeux prévenus, j'aurais pu y voir de l'irritation ; mais en examinant avec calme, je n'en ai point reconnu. Je ne me suis prononcé aussi ouvertement contre cette opinion que parce qu'elle est avancée par des hommes d'un grand mérite.

Lorsque le quinquina est ingéré, rien dans son action ne ressemble à l'irritation (à moins que l'estomac ne soit enflammé, ce qui n'est pas notre cas) : je n'y vois qu'une sensation particulière, ou plutôt une impression sur les nerfs qui y aboutissent ; mais rien n'est irrité. Comment cela serait-il, puisque le malade mange quelques instans après l'ingestion du fébrifuge et digère parfaitement bien? Je le

répète, il n'agit que par cette sensation particulière sur le système nerveux, cérébral ou ganglionaire, ou sur tous les deux, la chose est impossible à déterminer. Si maintenant on voulait demander quelle est cette sensation, j'avouerai que je n'en sais rien. Là sont posées des limites qu'il ne nous est pas possible de franchir : aller plus loin, ce serait se plonger dans le vague des hypothèses. Ainsi l'action fébrifuge du quinquina consiste dans une sensation spéciale imprimée à la surface de l'estomac, et suffisante pour arrêter le mouvement organique qui constitue chaque accès fébrile.

J'ai vu bien des fois les paysans se traiter avec du vin chaud bu à grande dose au moment où les préludes de l'accès se faisaient sentir : les uns emploient le vin rouge, d'autres le vin blanc, quelques-uns l'emploient tout seul, d'autres le rendent médicinal au moyen d'une foule de plantes odorantes et amères. N'importe, toujours est-il vrai que cette médication violente atteint souvent le but du malade, en arrêtant le retour des accès. Le vin, porté sur la surface gastrique, y produit une sensation nouvelle, y modifie celle de l'individu; et cette modification de sensation suffit pour arrêter la marche de la fièvre. Ces faits se répètent tous les jours à la campagne : cependant cette pratique vicieuse ne leur est guère plus nuisible que toute autre.

Les antispasmodiques et les opiacés, administrés à haute dose un peu avant l'accès, le préviennent assez ordinairement et guérissent aussi efficacement que le quinquina. Ils n'ont pas irrité ; ils ont seulement produit un nouveau mode de sensation qui a détruit celui qui constituait la pyrexie.

Que nous parcourions ainsi tous les remèdes fébrifuges, nous les verrons tous agir sur la sensation moléculaire et cérébrale des voies digestives (car ils sont presque aussi efficaces en lavement que par le haut), et même de l'or-

gane cutané, puisque leur application et leurs frictions sur les tégumens sont reconnues presque aussi avantageuses que leur administration intérieure. Nous pouvons donc maintenant poser en principe, que toutes les méthodes fébrifuges, quelles qu'elles soient, n'ont aucune action spécifique dans l'acception attachée à ce mot; qu'elles ne font que modifier la sensation de l'un des deux systèmes nerveux et peut-être de tous les deux; et que ce nouveau mode d'action imprimé au système nerveux est la seule manière dont les médicamens agissent dans la cure des pyrexies intermittentes. D'après cela nous n'avons pas besoin de recourir à une théorie particulière pour expliquer l'action de chaque méthode ou de chaque médicament: l'explication est générale, et seule elle suffit pour tous les cas et toutes les médications. Comme nous l'avons vu, quel que soit le remède employé, il n'a eu de prise qu'en changeant le mode de sensation moléculaire ou cérébrale d'abord de quelque organe du malade, et, par consensus de fonction, du système entier. Ainsi, point de spécifique: tout remède qui produira cette modification sera un fébrifuge. Voilà pourquoi il y a tant de fébrifuges, et en apparence si opposés les uns aux autres dans leurs effets.

Si l'autopsie cadavérique contribue puissamment à éclairer la médecine sur la nature de la plupart des maladies, il n'en est pas de même pour les fièvres intermittentes: elle est muette. Vainement on l'a interrogée jusqu'à ce jour. Toutes les altérations qu'elle a montrées sont indépendantes de la pyrexie; elles sont le résultat ou de complications ou de maladies consécutives. D'ailleurs, les fièvres intermittentes bien traitées sont rarement mortelles, et lorsqu'elles le sont, comme dans les fièvres intermittentes pernicieuses, les résultats sont bien loin d'être satisfaisans, à peine trouve-t-on quelquefois les vaisseaux sanguins de certains organes un peu gorgés de sang. Ja-

mais circonstance n'a été plus favorable à ce genre de recherches que l'épidémie de Walcheren. Quatre-vingts individus succombèrent et semblaient promettre d'éclairer la science : mais on est bien détrompé lorsqu'on cherche la cause de leur mort, et qu'on voit Hamilton, l'historien de l'épidémie, nous les montrer victimes de maladies différentes : trente-six périrent du typhus, vingt-six de l'hydropisie, et dix-huit de la dysenterie. Ainsi, tout le désir que nous aurions de tirer parti des recherches qui ont été faites sur ce sujet, ne nous conduit à rien. J'ai vainement cherché; aucune des autopsies recueillies par les plus scrupuleux observateurs ne m'a rien présenté de satisfaisant : de mon côté, rien dans ma pratique, ni dans les hôpitaux n'a satisfait ma curiosité sur ce point important.

Que conclure de tout cela? En déduirons-nous quelque résultat favorable à la connaissance de la nature intime de la fièvre intermittente? Sans prétendre dévoiler ce mystère, ce sera avoir beaucoup fait que de prémunir contre toute espèce d'explication hypothétique et mensongère, quelque séduisante qu'elle puisse être. Nous sommes déjà convaincus que les fièvres intermittentes sont indépendantes des phlegmasies, puisqu'elles existent isolément; que, lorsqu'elles se compliquent, presque toujours il faut les attaquer séparément, et chacune par la méthode qui lui est propre, et que la guérison de l'une n'a point ou presque point d'influence sur la marche de l'autre, sinon que c'est une maladie de moins, qu'il n'y a plus de complication.

Il ne nous reste plus qu'à retourner à l'opinion de Cullen, d'Hoffmann et de beaucoup d'anciens, que la fièvre est un état nerveux, une modification particulière de l'état normal du système nerveux. Tous les phénomènes observés le prouvent : sensations nouvelles ou diversement modifiées; mouvements désordonnés de plusieurs organes,

les uns soumis à l'empire de la volonté et dépendans du système cérébro-spinal, les autres indépendans, par conséquent du domaine du système ganglionaire. On voit une excitation particulière, et comme elle n'est point allée jusqu'à produire ou une phlegmasie ou une altération organique, elle en est indépendante, elle ne peut avoir d'autre siége que le système nerveux. J'ai suivi bien attentivement un grand nombre de pyrexies intermittentes à toutes les époques et dans tous les momens de la maladie. Au début comme pendant son cours, j'ai cherché quels étaient les systèmes, les appareils et organes affectés pendant les différentes périodes de froid, de chaleur et de transpiration. Partout j'ai vu un trouble, une modification dans la manière d'être; mais voilà tout. Rien ne m'a indiqué aucune lésion essentielle, générale ou circonscrite. Les appareils sensitifs, moteurs, circulatoires, digestifs, sécréteurs, etc., sont tous affectés à la fois, chacun à sa manière; mais aucun ne paraît être le siége exclusif de la maladie; tout paraît lié aux deux arbres sensitifs, cérébral et ganglionaire; c'est d'eux que dérivent tous les phénomènes, c'est par eux qu'ils s'exécutent. On a droit de demander quel est celui des deux systèmes nerveux qui est affecté, et en quoi consiste la modification qu'il a éprouvée? La question devient un peu plus difficile à résoudre; cependant, si l'on observe que les causes déterminantes de la fièvre agissent plus spécialement et le plus ordinairement sur les appareils soumis à l'action du système nerveux ganglionaire; si l'on examine que les phénomènes pathologiques se passent en plus grand nombre et plus essentiellement dans les organes dépendans de ce système; si l'on fait attention que tous ou presque tous les médicamens s'adressent à ces mêmes organes; enfin, si l'on admet que les nerfs ganglionaires ne transmettent leur souffrance qu'à leurs centres nerveux particuliers, les ganglions dans lesquels les nerfs cérébraux vien-

vent la puiser, et que l'on attribue à cette liaison des deux systèmes nerveux dans les ganglions la sensation douloureuse que le malade éprouve dans le dos et dans les lombes pendant un accès, on sera porté à regarder le système nerveux ganglionaire comme le siége premier de la maladie. En effet, les effluves marécageuses n'agissent que sur les poumons et sur la peau, et là ils agissent sur le système ganglionaire, puisqu'ils sont absorbés et n'agissent que consécutivement. Comme je l'ai dit dans l'expérience tentée sur moi, il serait possible que le froid n'eût occasionné la fièvre qu'en refoulant les liquides, qu'en agissant sur eux par le ministère des capillaires cutanés qui, comme tous les capillaires, dépendent du système ganglionaire. Il serait possible encore que l'action première eût lieu sur le système nerveux cérébral; mais alors celui-ci la réfléchit sur le système nerveux ganglionaire, et ce dernier, quoique affecté secondairement, devient le siége réel de la maladie. N'a-t-on pas vu la présence d'un corps étranger dans l'estomac produire une fièvre intermittente qui disparaît avec son expulsion. M. Desgranges (*Journal-général de Médecine*) a rapporté l'observation singulière d'une fièvre semblable produite et entretenue par un gros sou dans l'estomac.

Les phénomènes paraissent également beaucoup plus liés au système nerveux ganglionaire, puisque le refoulement des liquides à l'intérieur, la suspension et la viciation des sécrétions et surtout des sécrétions biliaire et urinaire, les variations de la circulation, sont sous la dépendance directe de ce système nerveux. D'ailleurs, la sensation du froid et de la chaleur peut n'être que secondaire : elle est l'effet de l'abandon presque total du sang des capillaires cutanés, et de son retour à la périphérie. La céphalalgie, les tremblemens, sont des phénomènes tout-à-fait accessoires, puisqu'ils ne sont point constans.

Quel que soit le remède réputé fébrifuge qu'on administre, que ce soient le quinquina, les évacuans, les diaphorétiques, les évacuations sanguines, etc., tous ont une action directe sur les principaux appareils dépendans du système nerveux ganglionaire. Que ce soit une sensation nouvelle, une sécrétion plus abondante, une soustraction de sang, un déplacement de liquide, en les rappelant à la peau, c'est toujours sur le système ganglionaire qu'on a agi. La maladie curieuse de M. Demézière ne change point cette manière de voir. Chez ce malade, l'imagination frappée concentrait les liquides au centre en réagissant sur le système nerveux ganglionaire. Son imagination, ramenée à des idées moins tristes, a réagi d'une manière inverse, et a produit, ainsi que les affections gaies, cette espèce d'épanouissement à la périphérie en ranimant la circulation prête à se laisser encombrer. Ainsi le cerveau, siége de l'affection de l'ame, a réagi sur le cœur, organe moteur du mouvement fébrile.

Je crois donc, sans qu'il soit possible de le prouver mathématiquement, 1.° que le siége réel de la fièvre intermittente se trouve dans le système nerveux ganglionaire; 2.° que l'altération de celui-ci consiste dans une modification quelconque qu'on appellera, si l'on veut, excitation, irritation ou de tout autre nom, mais qui n'est certainement pas une inflammation. Voilà tout ce qu'il est possible d'admettre : l'observation, l'expérience et les recherches d'anatomie pathologique ne démontrent rien de plus. Au-delà, tout n'est que vague et incertitude. Cette manière d'envisager la fièvre intermittente est d'autant plus vraie qu'elle explique comment la fièvre se développe sous l'influence de causes si variées. Il suffit, en effet, que la modification indiquée du système nerveux ganglionaire soit produite pour que la fièvre ait lieu. Ainsi, il ne sera pas plus extraordinaire de voir l'intermittence

succéder à une phlegmasie gastrique, à une indigestion, ou se prononcer pendant la présence d'un corps étranger dans les voies digestives, que de la voir résulter de l'influence des émanations marécageuses. Les causes ont agi sur le système nerveux ganglionaire; elles l'ont modifié pour la pyrexie intermittente, et cela a suffi. Il serait très-faux de conclure l'identité entre les pyrexies intermittentes et la gastrite, parce qu'elles lui succèdent, puisque la pyrexie a été le résultat de la sensation produite dans l'estomac sur les nerfs ganglionaires par la phlogose de ce viscère. On connaît assez comment les fièvres intermittentes finissent par déterminer des inflammations viscérales, pour qu'on ne puisse rien inférer de cette succession.

C'est déjà beaucoup que d'avoir cherché à fixer notre opinion sur le siége général de la fièvre intermittente; mais cela ne satisfera pas tous les esprits. On voudra le préciser davantage et on demandera quelle est la partie du système ganglionaire spécialement affectée. Je laisse à d'autres le soin de résoudre cette question, au reste assez ardue, et d'une importance peu essentielle. Je dirai seulement que les douleurs du dos et des lombes, que la concentration épigastrique, que la manière dont le cœur se comporte, que tout annonce une souffrance majeure dans les ganglions et les plexus pectoraux et abdominaux; mais rien ne le prouve davantage. Il serait même possible que ces régions paraissent plus affectées parce que les nerfs et les ganglions y sont plus nombreux, et que chaque nerf éprouvât partout la même modification, puisque à la périphérie, comme au centre, les phénomènes existent et sont simultanés. Une preuve de plus que les pyrexies intermittentes consistent dans une impression particulière des molécules miasmatiques sur les nerfs ganglionnaires, c'est l'observation souvent répétée d'individus qui, ayant séjourné dans des lieux marécageux, vont, après

un laps de temps assez considérable et dans un pays sain, contracter la fièvre intermittente sous l'influence de causes qui lui sont étrangères. Les émanations ont agi sur le système ganglionaire, et la modification qu'il en a reçue se renouvelle plus vive, par la sensation nouvelle à laquelle il est soumis; de même qu'une passion à laquelle on s'était d'abord soustrait se développe avec violence par une impression différente. Il serait ridicule de supposer le séjour prolongé des miasmes absorbés, dans nos fluides, et leur effet ainsi retardé sur les nerfs ganglionaires.

Ici se présente une objection à laquelle je ne crois pas inutile de répondre. S'il était vrai, dira-t-on, que les pyrexies intermittentes consistassent dans une certaine modification du système ganglionaire, et que cette modification fût identique, elle nécessiterait une modification unique; elle serait, en quelque sorte, une maladie spécifique, et réclamerait un traitement spécifique, un remède dont les vertus constatées ne seraient pas susceptibles de varier; et il en est bien autrement. Les fièvres intermittentes tiennent si peu à une manière d'être unique, qu'au lieu de cette méthode unique et spécifique, mille moyens leur sont opposés, et procurent des succès, malgré leur manière différente d'agir: l'un est un astringent, l'autre un tonique, un autre un excitant, celui-là un émétique, celui-ci un antispasmodique, un narcotique, etc. L'action de chacun de ces remèdes est si différente et même si opposée, qu'il est impossible de supposer qu'ils puissent combattre aussi efficacement une maladie, dont la nature serait identique et constamment identique.

Malgré les apparences, cette objection est plus spécieuse que solide. En effet, si, comme nous l'avons établi, les fièvres intermittentes consistent dans une modification particulière du système ganglionaire, il est clair que tout ce qui détruira cette modification sera un fébrifuge, quelle que soit du reste sa manière d'agir sur l'économie.

Or, tous les remèdes qui ont obtenu quelque faveur contre les pyrexies intermittentes, ont une action réelle sur l'organisation, et agissent d'abord sur l'un des systèmes nerveux; si c'est directement sur le ganglionaire, ils le modifient directement; si c'est d'abord sur le cérébral, celui-ci transmet aux ganglions, par ses nombreux filets de communication, l'impression qu'il a reçue, et, dans tous les cas, il en résulte en dernière analyse de nouvelles sensations dans le système nerveux ganglionaire: c'est tout ce qu'il en faut pour neutraliser en quelque sorte la modification pyrétique. Deux sensations différentes se détruisent, ou bien la plus faible cède à la plus forte; c'est la vieille sentence du père de la médecine; *duobus doloribus*, etc. Si la modification imprimée par le fébrifuge est la plus forte, la fièvre cesse; si, au contraire, la modification pyrétique est plus profonde, le remède est sans effet, et la fièvre continue.

Nous pourrions comparer ce qui se passe dans le système nerveux ganglionaire, dans cette lutte de l'art contre la maladie, à ce que nous observons dans le cerveau lorsqu'une passion violente le domine. Quelle que soit la passion, elle tient le système cérébral sous sa dépendance; elle lui imprime une véritable modification: avec le temps elle peut s'éteindre d'elle-même, de même qu'une pyrexie passe bien souvent sans aucun moyen. Lorsqu'on veut déraciner une passion, le moyen le plus efficace, tous les moralistes l'indiquent, c'est d'imprimer au cerveau une direction différente, d'en changer la modification en en créant une nouvelle; n'importe laquelle, il faut opposer passion à passion, comme on oppose modification à modification. Ce n'est point une passion unique qu'il faut s'attacher à faire naître, de même que ce n'est pas à un remède unique qu'il faut s'attacher contre les pyrexies. De même aussi, les fébrifuges arrivent tous au même but, quelle que soit leur action différente, parce

que tous changent la manière d'être du système ganglionaire, la modifient, substituent, en un mot, modification à modification.

Un point de doctrine assez curieux, et qui a fait échouer et fera long-temps encore échouer tous les raisonnemens, c'est la recherche de la cause de la périodicité. Qu'on la place dans l'intermittence d'action du système nerveux, dans l'influence des révolutions diurnes, solaires, lunaires, etc., toutes ces opinions sont fausses, parce qu'elles ne reposent point sur les faits, et qu'elles varient à l'infini. J'avoue que je ne suis satisfait de rien, et que je n'ai rien vu qui puisse satisfaire. Un moment j'avais cru que la nature des émanations marécageuses pourrait être de quelque utilité dans cette explication. Ce qui m'avait fait sourire à cette idée, c'est que les miasmes animaux n'occasionnent jamais la fièvre intermittente, ils semblent même les prévenir. J'ai vu des tanneries placées au milieu du foyer de l'infection intermittente; j'ai questionné, et j'ai eu la réponse que cette maladie respectait l'établissement. J'ai long-temps fréquenté les amphithéâtres et les hôpitaux, jamais je n'y ai vu se développer de fièvre intermittente parmi mes condisciples. J'ai vu les horreurs de la guerre nous amener le typhus, mais non les fièvres intermittentes. J'ai cherché dans les auteurs; partout j'ai vu les épidémies de typhus naître dans l'infection miasmatique animale, et jamais les épidémies de fièvres intermittentes ne sont le résultat de l'encombrement des hommes et des malades, ou de l'action des émanations putrides des substances animales. Les maladies épidémiques de Pantin, village placé sous le vent de la voirie de Belle-Vue, aux portes de Paris, ne sont jamais des fièvres intermittentes. Les bouchers, les boyaudiers, les corroyeurs, etc., ne contractent point la fièvre intermittente au milieu des émanations animales qui leur forment une atmosphère perpétuelle. Tandis que les foyers de la fièvre

intermittente existent partout où des eaux stagnantes favorisent la décomposition des substances qu'elles contiennent, et ce sont les débris des plantes qui croissent sur leurs bords ou dans leur vase. Cela est si vrai que vous pouvez à volonté produire et arrêter les épidémies de fièvres intermittentes dans le village le plus sain, en y établissant dans les grandes chaleurs des rutoirs, et en les détruisant. Cet effet du rouissage du chanvre est une preuve convaincante que les fièvres intermittentes sont le produit des seules émanations des substances végétales en putréfaction. Une autre remarque non moins essentielle, c'est que les fièvres intermittentes ne règnent jamais en masse pendant l'hiver; c'est dans les premières chaleurs du printemps et en automne; parce que le froid de l'hiver n'a pas permis aux débris des végétaux de subir la décomposition putride, et que les premières chaleurs du printemps la déterminent. La végétation active qui survient ne fournit aucun détritus jusqu'à la fin de l'été, époque où l'on voit reparaître les fièvres intermittentes, un peu plus tôt, un peu plus tard, selon que la végétation est plus avancée, et que les plantes marécageuses cèdent plus ou moins vite leur détritus ou leur dépouille entière aux eaux stagnantes. — Cette remarque, qui avait échappé à la plupart des auteurs, m'avait fait concevoir quelques espérances; mais elles se sont bientôt évanouies, et je n'ai pas plus été satisfait de l'intermittence d'action des plantes et de leurs émanations, que de l'intermittence d'action du système nerveux.

Je n'ai point eu, dans ces réflexions, la prétention de donner une doctrine complète des fièvres intermittentes; je n'ai voulu qu'exposer quelques idées qui m'ont été suggérées par les observations qui s'étaient présentées à moi. (1)

---

(1) L'incertitude qui règne encore sur le siège et la nature des fièvres

Observation d'une rupture de l'utérus, à deux mois et demi de grossesse ; recueillie par MM. Moulin *et* Guibert, *D. M. P.*

M.me Cayer, âgée de 26 ans, demeurant rue du Four, n.° 67, avait eu un premier accouchement à terme à 21 ans, suivi de deux fausses-couches, l'une de 4 mois à 23 ans, et l'autre de 2 mois à 25. Ces deux accidens n'avaient paru en rien altérer sa santé ; lorsque, vers la fin de mai 1825, cette dame devint enceinte pour la quatrième fois. Les commencemens de cette grossesse ne furent troublés par aucun événement fâcheux. M.me Cayer continuait de se livrer à ses occupations et même à ses amusemens ordinaires, à la danse surtout, pour laquelle elle avait eu de tout temps une sorte de prédilection. Le dimanche 7 août, après avoir pris un bain très-chaud

intermittentes nous a fait accueillir le Mémoire de M. Brachet, malgré les hypothèses et les raisonnemens contestables sur lesquels est basée en grande partie son opinion. Mais des faits intéressans y sont joints et commentés quelquefois d'une manière heureuse. A ce titre, ce Mémoire peut contribuer à éclairer un point difficile de pathologie. Si l'interprétation légitime de plusieurs phénomènes des fièvres intermittentes permet de rapporter le siége de ces maladies au système nerveux (opinion qui, suivant nous, n'a encore pour elle que quelques probabilités, sans être rigoureusement démontrée) on sera loin de tomber d'accord avec M. Brachet, que le système nerveux ganglionnaire soit spécialement affecté. Les fonctions de cette partie du système nerveux sont encore loin d'être déterminées avec précision. On peut consulter, du reste, avec avantage, un article du *Dictionnaire de Médecine* (art. *intermittent.*, tome 12), dans lequel M. Rayer a développé avec beaucoup de talent une opinion analogue, sous quelques rapports, à celle de M. Brachet, puisque l'auteur attribue, de même que ce dernier, les fièvres intermittentes à une affection spéciale du système nerveux, mais différente, sous quelques autres, en ce qu'il reconnaît le système cérébro-spinal comme affecté dans ces maladies. (*Note du R.*)

dans la journée, et dîné très-légèrement, elle se rendit à un bal, et se disposait à y passer une partie de la nuit, lorsqu'*en walsant* elle ressentit tout à coup un craquement assez fort dans le bas-ventre, et tomba presque aussitôt en syncope. Les assistans, effrayés d'un état aussi alarmant, s'empressèrent de la ramener chez elle et de la mettre au lit. Les symptômes les plus graves se manifestèrent alors, et se succédèrent avec une rapidité effrayante. L'abdomen se tuméfia et devint douloureux, le pouls s'affaiblit, les traits se décomposèrent; la face et toute l'habitude du corps se couvrirent d'une sueur froide; la malade était dans une anxiété inexprimable. Elle eut quelques vomissemens, dans lesquels une partie de son dîner fut rejetée. Tel était l'état dans lequel la trouva M. Moulin, son médecin ordinaire, qui fut appelé à lui porter des secours.

Arrivé près de cette dame, M. Moulin, qui l'avait déjà soignée pour deux fausses-couches, crut avec tous les assistans qu'elle était menacée d'en faire une autre. Aussi, pénétré de cette idée, ne pût-il attribuer l'extrême prostration des forces, la pâleur de la face et l'exiguité du pouls, qu'à une perte foudroyante dont cette fausse-couche devait être accompagnée. Il s'empressa donc, dans cette croyance, de toucher la malade. Mais quel fut son étonnement, lorsqu'il ne vit pas une seule goutte de sang s'échapper du vagin, et qu'il trouva les parties sexuelles et le col de l'utérus dans leur état naturel, celui-ci ni plus ouvert, ni plus bas qu'il ne devait l'être à deux mois et demi de grossesse. Persuadé cependant qu'un tel état ne pouvait être que le résultat d'une hémorragie, et considérant d'ailleurs la tuméfaction du ventre et l'oppression toujours croissante, joint à ce que la malade ne cessait de se plaindre d'une douleur dans l'abdomen, au-dessus de la fosse iliaque droite, il crut que, dans l'effort qu'on lui disait que M.me Cayer avait éprouvé, il s'était

fait *une déchirure au foie*. La circonstance du craquement que M.me Cayer disait avoir senti dans cette région, lorsqu'on l'avait soulevée avec violence, semblait corroborer encore le diagnostic de M. Moulin, et en former, pour ainsi dire, le complément.

D'après cela, la saignée devait tout naturellement s'offrir comme premier moyen curatif; mais M. Moulin, effrayé de la chute des forces et de la petitesse du pouls, n'osa se déterminer à pratiquer cette opération, et se borna à prescrire l'application de vingt sangsues sur l'hypochondre et la région iliaque droite, siége d'une douleur assez vive, des fomentations émollientes, et des boissons rafraîchissantes, légèrement acidulées. Il était près de minuit lorsque le médecin quitta la malade. A quatre heures du matin, M.r Cayer vint en toute hâte le chercher de nouveau, *disant que sa femme se mourait;* ce qui n'était que trop vrai, car l'anxiété était à son comble, l'altération des traits et la pâleur extrêmes, et le nez et les extrémités étaient glacés. A peine restait-il à M.me Cayer assez de voix pour exprimer ses angoisses et le désespoir profond dont elle était accablée. M. Moulin, dans un cas aussi urgent et aussi extraordinaire, crut devoir réunir les lumières de plusieurs de ses confrères pour l'éclairer sur la conduite qu'il lui restait à tenir : MM. les docteurs Guibert et Rivallié lui furent indiqués par les parens de la malade. Il était alors cinq heures. M. Moulin fit en peu de mots à ses collègues le narré de l'accident et des symptômes qu'avait éprouvés M.me Cayer. La seule vue de la malade suffit d'ailleurs à ces Messieurs pour les convaincre aussi qu'il restait peu d'espoir, et que la mort devait être prochaine. Mais ils ne furent point d'accord avec M. Moulin sur le diagnostic; tous deux, rejetant la supposition d'une déchirure de quelque viscère abdominal, pensèrent qu'il n'y avait probablement qu'*une péritonite très-aiguë*. A la vérité, ils ne purent juger que de

l'état présent; et l'idée d'une inflammation du péritoine dût alors leur paraître bien plus vraisemblable que celle d'une hémorrhagie abdominale; d'autant plus en effet que cette cavité était tellement distendue, qu'il eût été impossible d'acquérir la certitude physique d'un épanchement. La fluctuation n'était plus sensible, et d'ailleurs les parois de l'abdomen étaient tellement douloureuses, qu'on n'eût pu employer la moindre pression pour constater ce symptôme qui eût été cependant si important pour le diagnostic. Le toucher ne leur fournit non plus aucun indice que la matrice dût être plus particulièrement que les autres organes le siége d'une rupture. Ils trouvèrent, comme M. Moulin, le col de l'utérus dur, fermé et ayant conservé toute sa longueur. Mais, si MM. Rivallié et Guibert étaient dissidens d'opinion avec M. Moulin sur le diagnostic de la maladie, ils ne le furent nullement pour son traitement. Une nouvelle application de sangsues sur l'hypogastre, celle de sinapismes aux pieds, et l'usage d'une potion adoucissante furent conseillés d'un commun accord; et, en effet, ces moyens ne convenaient-ils pas également et à mettre un terme aux progrès d'une hémorrhagie intérieure et à calmer les symptômes d'une péritonite? Mais, nonobstant ce traitement, l'état de la malade continua de s'aggraver dans le cours de la journée, et à onze heures du soir, après avoir passé par tous les degrés de l'oppression et de l'anxiété la plus forte, M.me Cayer expira dans une angoisse inexprimable.

L'ouverture du corps fut faite 24 heures après le décès par les médecins ci-dessus désignés, auxquels vint s'adjoindre M. Tacheron, médecin de la mairie.

1.° *Surface du corps*. Bonne conformation générale; embonpoint ordinaire; tissu cellulaire graisseux assez abondant sous les tégumens de la poitrine et du ventre; mamelles développées.

2.° Les organes encéphaliques n'offrirent rien de particulier.

3.° Les parois du thorax étant détachées, tous les organes renfermés dans cette cavité parurent *très-sains*, sans aucune exception; le diaphragme était fortement refoulé vers la poitrine et pressait la base des poumons.

4.° Le péritoine ouvert, on vit s'écouler d'abord une grande quantité de sang pur et liquide qui formait un épanchement considérable dans la cavité abdominale; la quantité de ce fluide pouvait être évaluée à quatre pintes environ. Le foie, l'estomac et les intestins étaient dans l'état le plus naturel; la membrane muqueuse digestive parfaitement saine.

Dans la région hypogastrique, au milieu de l'épanchement énorme formé par le sang, on remarquait une tumeur arrondie, du diamètre de trois à quatre pouces, adhérente à la partie supérieure du corps de l'utérus, et semblant faire un tout avec ce viscère, au point qu'au premier aspect on pouvait la prendre pour l'utérus lui-même. Cette tumeur, dont les parois épaisses de cinq à six lignes étaient entièrement formées de sang coagulé, se trouvait creuse et contenait dans sa cavité un fœtus paraissant âgé de deux mois et demi, entouré de ses membranes et des eaux de l'amnios.

L'utérus ayant été incisé dans le sens de son grand diamètre, et détaché de ses ligamens et du vagin, fut examiné séparément aussi bien que l'œuf humain environné du caillot sus-mentionné; et l'on put constater alors les particularités suivantes.

A la base ou partie supérieure de l'utérus existait une déchirure considérable, de forme circulaire, ayant au moins deux pouces de diamètre. Les bords de cette déchirure adhéraient au caillot formant tumeur à la base de l'utérus, et contenant, comme il vient d'être dit, le fœtus enveloppé de ses membranes. Il résultait évidemment de cette disposition que l'œuf humain, aussitôt après la rupture, s'était échappé de la cavité utérine, et avait

passé dans l'abdomen, restant fixé près de la déchirure où il paraissait retenu par le caillot qui s'était formé tout autour, et qui l'isolait exactement des viscères abdominaux. Le tissu de l'utérus était sain dans presque toute son étendue. A l'endroit de la déchirure, il se trouvait évidemment ramolli, et la surface déchirée paraissait rugueuse et inégale. L'épaisseur des parois utérines n'était pas plus grande en cet endroit que partout ailleurs; elle était d'environ huit à neuf lignes. Il n'y avait aucune apparence de cavité, ni rien qui indiquât la préexistence d'un corps étranger dans l'épaisseur de cette paroi. La surface interne de la matrice était un peu rouge, humide et parsemée de villosités et de débris filamenteux; le placenta à peine ébauché, et sous forme de membrane mince, alongée et triangulaire, ne se distinguait que par sa continuité avec le cordon ombilical et son adhérence aux membranes du fœtus. Il fut impossible de s'assurer si ce corps adhérait à l'intérieur de l'utérus ou aux bords de la déchirure de ce viscère.

Le fœtus, transparent à travers les eaux de l'amnios et les membranes, paraissait bien conformé et du sexe masculin. Sa tête occupait la partie la plus déclive.

Tous les autres organes de l'abdomen et du bassin de la dame Cayer, le péritoine qui tapisse les parois abdominales, aussi bien que celui qui revêt les intestins et les viscères voisins, étaient parfaitement sains et avaient conservé leur couleur et leur disposition ordinaires.

Les principales pièces anatomiques, c'est-à-dire l'utérus et l'œuf humain, furent gardées avec le plus grand soin, et, le jour même de l'autopsie, furent présentées à l'Académie royale de Médecine, dans la séance du 9 août 1825, par MM. Moulin et Guibert, qui exposèrent succinctement devant cette assemblée l'histoire de la maladie dont on vient de lire l'observation détaillée.

Le fait précédent fournit à ces médecins plusieurs remarques qu'ils croient devoir reproduire ici.

La plupart des auteurs qui ont écrit sur les accouchemens et qui ont parlé de la rupture de l'utérus avec plus ou moins d'exactitude, ont rapporté des cas curieux de diverses sortes de déchirures de ce viscère vers la fin de la grossesse ou pendant le travail de l'accouchement, et se sont livrés à des réflexions judicieuses sur les signes qui caractérisent cet accident, le danger qui l'accompagne et les indications qu'il présente pour l'accoucheur, et qui peuvent le déterminer quelquefois à pratiquer la gastrotomie ; mais ils ont en général omis de traiter de la rupture utérine pendant les premiers mois de la gestation, et plusieurs même ont semblé ignorer la possibilité de cette solution de continuité à cette époque de la grossesse.

L'observation de la dame Cayer est donc plus intéressante encore sous le rapport de la rareté que sous celui des circonstances qui l'ont accompagnée.

L'absence de l'hémorrhagie vaginale tenait sans aucun doute à ce que l'ouverture formée accidentellement au fond de l'utérus se trouvait exactement bouchée par l'œuf humain et par l'adhérence du caillot au bord de cette ouverture. Quant à l'inégalité du contour de la déchirure, elle fut probablement le résultat de la rétraction des fibres utérines. Rien ne peut faire soupçonner que le fœtus se fût développé dans l'épaisseur de la paroi de la matrice (1) ou même en dehors (ce qui eût, dans ce dernier cas, formé une grossesse extra-utérine); car l'instantanéité des accidens et la rapidité de la mort ôteraient jusqu'à la possibilité d'une semblable supposition; et d'ailleurs, l'examen le plus attentif du tissu de l'utérus ne put y faire découvrir la moindre altération organique préalable qui fît croire que la rupture avait été le résultat d'une faiblesse plus grande des parois utérines vers le fond de ce viscère. L'antécédence de deux fausses-couches

(1) Plusieurs auteurs, Smith, Hederick, Albers, Lobstein et Breschet ont rapporté des observations de fœtus développés dans l'épaisseur des *parois de* l'utérus. (*Voy.* M. Orfila, *Méd.-légale*, tome 1.er, pag. 191.)

n'est pas suffisante non plus pour faire adopter l'opinion d'une prédisposition particulière, et l'on doit plus vraisemblablement attribuer l'accident dont il est ici question aux efforts musculaires violens et brusques que produisit la walse au moment où la dame Cayer s'y livrait avec ardeur, et expliquer le siége de la rupture au fond de la matrice, par cela seul que cet organe ne se développant qu'aux dépens de son corps dans les premiers mois de la grossesse, cette partie devait naturellement offrir moins d'épaisseur, et conséquemment moins de résistance.

On nous saura peut-être quelque gré de rapprocher de cette observation extraordinaire deux autres cas de rupture utérine survenue pendant le travail puerpéral, lesquels sont plus conformes à ce qu'on lit dans les auteurs et à ce que la pratique offre malheureusement trop souvent.

Première Observation, recueillie par M. Guibert. — Une femme d'environ 30 ans, habitant la commune de Vaugirard, enceinte pour la première fois, était parvenue au terme ordinaire de la gestation. Le 2 avril 1822, les douleurs se déclarèrent à quatre heures du soir, et durèrent toute la nuit sans aucun résultat apparent. Le col utérin conservait encore en effet toute sa force et sa dureté, et le doigt de l'accoucheur, introduit avec peine dans son orifice, sentait très-bien que l'utérus s'épuisait en efforts inutiles pour en opérer la dilatation. Cependant, vers six heures du matin, le col s'étant un peu plus ouvert, à la suite d'un bain tiède qui fut administré, les membranes se rompirent et les eaux s'écoulèrent, mais celles-ci mêlées d'une assez grande quantité de sang. L'accoucheur, interdit à l'aspect d'un phénomène aussi inaccoutumé, crut devoir faire appeler un de ses confrères, et ce fut moi que les parens choisirent pour lui être adjoint. Mais, lorsque j'arrivai, tout secours était depuis long-temps inutile ; l'infortunée n'existait plus. J'appris alors que la mort avait suivi de près l'écoulement des eaux, et que

c'était au milieu d'une hémorrhagie vaginale foudroyante que cette femme avait succombé. L'accoucheur m'apprit encore qu'à l'instant où les eaux s'étaient écoulées, mêlées de sang, le ventre s'était momentanément déformé et aplati; mais que bientôt après il avait acquis, en quelques secondes, l'énorme volume que je lui voyais. Enfin il m'avoua que ce qui l'avait surtout aussi étonné qu'effrayé, était la brusque cessation des mouvemens de l'enfant et son passage total à travers une grande déchirure qu'il avait remarquée à la matrice au-dessus de son col. Les tentatives que fit l'accoucheur pour faire repasser l'enfant de l'abdomen dans l'utérus et en opérer l'extraction ayant été infructueuses, il avait songé à pratiquer de suite la gastrotomie; mais n'osant se charger seul d'une opération aussi majeure et aussi délicate, il avait attendu, sans doute bien imprudemment, mon arrivée pour la faire; car alors la mort de l'enfant était trop évidente, vu le temps qui s'était écoulé depuis celle de sa mère, pour qu'on pût raisonnablement y songer. Mieux valait en effet procéder à l'autopsie avec ordre pour se rendre un compte exact d'un si funeste accident.

L'ouverture du corps ayant donc été faite avec toutes les précautions possibles, nous donna les résultats suivans.

Une déchirure longitudinale existait à la partie postérieure et latérale de l'utérus, un peu au-dessous de l'insertion du placenta qui était encore adhérent. Une hémorrhagie abondante s'était effectuée dans l'abdomen dont tous les organes d'ailleurs se trouvèrent sains. L'enfant, du sexe masculin, était en entier dans cette cavité. Il paraissait avoir péri depuis assez long-temps dans un état apoplectique. La paroi de l'utérus était évidemment plus mince à l'endroit de la rupture que partout ailleurs, et les bords de la déchirure se trouvaient inégaux et rétractés. Néanmoins cet organe ne présentait aucune alté-

ration intime ; le col seul avait conservé une épaisseur et une dureté remarquables; il était presque squirrheux, et cette disposition fut sans doute la cause de l'inefficacité des douleurs et de la rupture subite qui en fut le résultat. Le bassin examiné avec soin n'offrit rien de particulier; ses dimensions étaient naturelles.

Autre Observation d'une rupture de matrice pendant le travail de l'accouchement, recueillie par M. Moulin. — Madame B...., âgée de 34 ans, enceinte pour la cinquième fois et à terme, avait une telle obliquité utérine que l'abdomen descendait presque sur les cuisses. Cette dame était déjà dans les douleurs de l'enfantement depuis deux heures, lorsqu'elle fit appeler sa sage-femme, le 15 mai 1823, à sept heures du soir. Celle-ci s'empressa de pratiquer le toucher; mais à peine eût-elle pénétré au fond du vagin, que madame B.... s'écria *qu'elle l'avait tuée.* Une vive douleur que cette dame ressentit fut tout-à-coup suivie d'une syncope et de la cessation des contractions utérines. Au même instant aussi, les *eaux* mêlées d'une grande quantité de sang s'écoulèrent, et le ventre s'affaissa jusqu'au point de perdre entièrement cette rotondité qu'il conserve ordinairement encore après l'écoulement des eaux de l'amnios. Effrayée d'un tel spectacle, ne sachant même à quoi l'attribuer, et surtout assez troublée pour ne pas songer à en rechercher la cause, cette sage-femme m'envoya chercher. Arrivé près de madame B...., je fus moi-même très-effrayé de l'état dans lequel je la vis. En effet, ayant perdu complètement connaissance, et d'une pâleur extrême, elle avait le pouls et la respiration à peine sensibles, et un flot de sang s'échappait du vagin. Je touchai aussitôt cette infortunée, et de ma vie peut-être je n'éprouverai un étonnement comparable à celui que je ressentis lorsque, mon doigt introduit dans la matrice, je trouvai cet organe presque entièrement détaché du vagin à sa partie inférieure, et qu'aux

›rds de cette déchirure je rencontrai deux extrémités ıgitées, qui me parurent être les pieds. En vain je cherhai au sein de l'utérus le reste du fœtus; il était presqu'en entier passé dans l'abdomen. Dans un tel état de choses, je dus nécessairement m'empresser de chercher les moyens de sauver, s'il en était temps encore, l'enfant, sans m'occuper autant de porter des secours à la mère, dont la perte me paraissait en effet devoir être aussi prochaine qu'inévitable. Je saisis donc les pieds, et, par un mouvement rétrograde, je fis peu-à-peu repasser dans le sein de la matrice le fœtus, et me hâtai de terminer ensuite l'accouchement. Mes soins ne furent point infructueux. L'enfant, qui était dans un état d'asphyxie alarmant, fut rappelé au bout de quelques minutes à la vie; mais l'instant où il commença de respirer, fut celui où sa malheureuse mère rendit le dernier soupir, sans qu'aucun des moyens que je mis en usage, tels que la saignée du bras et une compression méthodique de l'abdomen, pût prolonger davantage son existence.

Autopsie cadavérique. — A part un décollement de presque la moitié inférieure de l'utérus d'avec le vagin, ces organes étaient dans l'état où ils se trouvent d'ordinaire immédiatement après l'accouchement, et qu'il ne m'importe nullement de décrire ici. Je dirai seulement que ces parties étaient décolorées et la matrice remplie d'énormes caillots de sang. La rupture utérine, ai-je dit, existait à l'union de cet organe avec le vagin, et à sa partie postérieure. Cette déchirure formait presque un demi-cercle de quatre à cinq pouces d'étendue; les bords en étaient frangés et rugueux, comme *mâchés*; le bassin était rempli de caillots, et, ainsi que le ventre, d'une grande quantité de sang liquide.

Cette observation dut nécessairement me fournir le sujet de plusieurs réflexions; d'abord, comment, en supposant que la sage-femme eût touché sans ménagemen

M.me B...., l'effort de son doigt eût-il été suffisant pour déchirer la matrice? Ensuite, pourquoi cette déchirure existait-elle plutôt à la partie postérieure de l'organe que partout ailleurs? Mais, en considérant l'état dans lequel se trouvait l'utérus au moment du toucher, on peut très-bien se rendre compte de cette circonstance, et répondre à toutes les questions. En effet, cette dame avait une obliquité antérieure de la matrice extrême; car elle était telle que le ventre recouvrait presque la vulve. On conçoit, dis-je, très-bien que dans une telle disposition de l'organe, les fibres de sa région postérieure dussent être dans une tension outrée, et qu'alors la moindre pression exercée sur elles, celle même du doigt de la sage-femme, pouvait très-facilement en opérer la rupture; et il est évident, par la même raison, que la déchirure ne pouvait avoir lieu que dans cet endroit.

Quelque reproche à cet égard pourrait être adressé à cette sage-femme inexpérimentée; car si elle eût eu la précaution toute simple et toute naturelle de corriger d'abord l'obliquité de l'utérus, en faisant coucher M.me B.... sur le dos avant de la toucher, n'eût-ce été que pour rendre efficaces les contractions utérines, en ramenant cet organe dans l'axe du bassin, elle eût fait ainsi disparaître la tension excessive des fibres postérieures, et conséquemment évité un pareil malheur. Et d'ailleurs, cette sage-femme pouvait-elle espérer, dans un tel état de choses, parvenir sans cette précaution à déterminer le degré d'avancement du travail, la présentation et la position du fœtus, voire même atteindre le col utérin, qui, dans une si grande obliquité, porté sans doute au-delà de l'éminence sacro-vertébrale devait être inaccessible au doigt?

L'observation que je viens de rapporter est peut-être unique en son genre, eu égard à la circonstance du toucher comme cause de la rupture; mais quelque rare

qu'elle puisse être, nul doute que dans un cas semblable elle ne puisse se renouveler : aussi, tout en fournissant au physiologiste et à l'anatomiste d'importans sujets de méditation, devait-il encore être de l'intérêt de l'humanité de la faire connaître à mes confrères.

Les observations qui précédent nous ont paru très-intéressantes de tout point; c'est pour cela que nous nous sommes empressés de les recueillir et de les communiquer à nos lecteurs; mais, dans les remarques dont M. Moulin les a accompagnées, il est deux points sur lesquels nous ne pouvons être d'accord avec lui, et nous lui soumettons à lui-même nos doutes à cet égard. Au surplus ces doutes n'ont rapport qu'à l'interprétation de quelques circonstances des faits, et, quelque opinion qu'on adopte, le mérite de ces observations n'en reste pas moins le même.

Dans les détails de la première observation nous avons cru reconnaître tout ce qui peut caractériser une des grossesses que Carus appelle *demi-extra-utérines*, [illegible] ces cas où l'on trouve le fœtus développé dans une cavité qu'il s'est formée dans l'épaisseur des parois de l'utérus au voisinage de l'insertion d'une des trompes : cas sur lesquels M. Breschet a présenté une excellente dissertation à l'Académie royale de Médecine. L'époque peu avancée de la grossesse, l'absence d'hémorrhagie par le vagin, et les autres circonstances s'accordent parfaitement avec ce qu'on a observé dans le petit nombre de cas analogues qu'on a rencontrés jusqu'à ce jour, et dans lesquels il ne pouvait y avoir de doutes sur le siège de la grossesse hors de la cavité de l'utérus. Si ces cas semblent se multiplier depuis quelques années, cela est probablement dû à ce qu'on s'occupe plus généralement et avec plus de soins d'anatomie pathologique.

L'examen de la pièce, lorsque toute fraîche encore elle fut présentée à l'Académie, nous a rappelé aussitôt à la mémoire ce que nous avions vu sur la pièce qui a été l'occasion du Mémoire de M. Breschet, et la gravure donnée par Carus. La ressemblance de ces divers cas nous a semblé frappante; nous le fîmes remarquer à M. Moulin et aux membres de l'Académie qui nous entouraient. Il nous semblait qu'on ne pourrait expliquer une rupture des parois de l'utérus à une époque aussi peu avancée, où ces parois conservent encore tant de solidité, et où le fœtus et ses enveloppes sont si mous, sans admettre une altération profonde de la texture de l'utérus, préexistante à la cause occasionnelle de la rupture : or, à part cette rupture, le tissu de l'utérus nous a paru tout-à-fait sain. L'aspect des bords de la rupture, le lieu où elle s'est faite, nous confirmaient dans cette manière de voir.

Dans ses réflexions très-justes sur la troisième observation, M. Moulin, tout en reconnaissant la grande influence que l'obliquité antérieure de l'utérus a eue sur la production de la rupture de cet organe, paraît disposé à croire que la pression exercée par le doigt de la sage-femme pendant le toucher a pu causer ce funeste événement. Nous avons peine à le concevoir; car, à cause même de l'obliquité extrême de l'utérus, le doigt n'a pu porter que sur un point éloigné de celui qui s'est déchiré. Peut-on supposer que le refoulement opéré sur l'utérus par le doigt, aura augmenté la tension déjà extrême des fibres utérines, et en aura déterminé la rupture? nous ne le pensons pas; mais avec M. Moulin, nous ne doutons pas que l'on aurait pu prévenir cette déchirure en corrigeant de bonne heure l'obliquité, et que sous ce point de vue la sage-femme n'est pas exempte de blâme.

La femme qui fait le sujet de la deuxième observation aurait sûrement aussi été soustraite au triste accident qui a causé sa mort et celle de son enfant, si elle eût eu d'a-

bord un homme capable de reconnaître la cause qui s'opposait à la terminaison de son accouchement. Des observations assez nombreuses ont appris qu'on peut dans ces cas inciser le col de l'utérus non-seulement sans inconvéniens, mais encore avec avantage. Lauverjat insiste avec raison sur ce point dans son ouvrage intitulé : *Nouvelle méthode de pratiquer* l'opération *césarienne ;* il est arrivé à M. Guibert dans ce cas la même chose qu'à Weis, comme il est rapporté par Tretzelius dans sa dissertation, qui a pour titre : *Historia partûs impediti ex membrana tendinosa os uteri internum coarctante.* Il n'est arrivé auprès de la femme que pour déplorer l'impéritie et la timidité de celui qui l'avait précédé, et constater une lésion que, avec plus de soins, on aurait certainement prévenue.. D.

Sur l'examen du troisième Mémoire du professeur VACCA, *relatif à la taille recto-vésicale ; par* A. SCARPA. — *Inséré dans les* Annales universelles de Médecine, *rassemblées par* A. OMODEI. — *Avril et mai* 1824.

La discussion engagée depuis quelques années, pour l'adoption ou le rejet de la nouvelle méthode lithotomique, offre par fois d'intéressans débats ; quelle en sera l'issue ? Il est possible de le prévoir ; d'un côté, Vacca, dans chaque production, fait connaître de nouveaux faits de plus en plus curieux, soit par leur nombre, soit par leurs circonstances ; de l'autre, l'opposition à la tête de laquelle s'est placé l'illustre Scarpa, souvent ruinée sur les points de fait, se réduit à procéder la plupart du temps par des considérations hypothétiques qui perdent dans l'opinion en raison de la facilité qu'elles offrent pour l'attaque ou par des personnalités qui ne prouvent jamais rien que l'oubli de la question principale ; qu'im-

porte en effet que Scarpa assure dans une lettre à M. Maunoir, qu'il n'y ait que des ignorans ou des hommes à mince réputation en Italie, qui se déclarent partisans d'une opération, selon lui, la honte de la chirurgie et de l'anatomie; le nom de Vacca, celui de ses imitateurs et de ses approbateurs, répondent assez à la première imputation; pour ce qui est de la seconde, M. Sanson n'a pas la prétention sans doute d'être mieux traité que F. Jacques de Beaulieu. Quand on se rappelle l'accueil fait à la découverte de ce modeste et ingénieux chirurgien, par des hommes d'un mérite incontestable, mais que l'âge ou le préjugé dominait à leur insu, on s'effraie moins de cette proscription prononcée avec tant d'animosité, on se demande s'il n'est pas possible d'en appeller à l'opinion du public qui n'invente pas les hypothèses, mais qui les juge et les compare froidement aux résultats de l'expérience, et l'on se rassure.

Le troisième mémoire de Vacca est assez connu, M. Breschet l'a analysé dans les *Archives* de juillet, avec une grande impartialité et une extrême bonne foi, sauf quelques erreurs assez peu importantes; moi-même j'en ai donné la substance dans le *Journal universel des sciences médicales*, de juin, 102[e] cahier: entrons en matière.

Scarpa avait, comme on sait, reproché à Vacca de n'avoir recommandé que l'incision de la moitié de la prostate; celui-ci n'avait qu'une réponse à faire, c'était de renvoyer à son texte où, quoiqu'en dise M. Breschet, le contraire est assez clairement exprimé; car il recommande de comprendre à la fois le col de la vessie dans l'incision lithotomique essentielle; s'il engage à inciser moins que plus, qui pourrait s'y méprendre et ne pas conclure que l'incision ne doit pas beaucoup s'étendre en épaisseur ou dans le sens du travers de la lame du bistouri; cela est si vrai qu'aujourd'hui Scarpa ne soutient plus la même assertion, mais qu'en suivant le procédé

indiqué par Vacca, il en résulte que la moitié inférieure de la prostate est seule incisée, ce qui est très-différent de la première version. Pour mieux le prouver et afin qu'il ne reste aucune doute à sa démonstration, il cite l'observation du sieur Talenté et les propres paroles de Vacca, en rapportant le résultat de l'autopsie : « On trouva que la taille comprenait les tégumens, le sphincter de l'anus, *et* de 5 à 6 lignes du rectum » et de s'écrier *habemus confitentem reum;* « la seule moitié de la prostate et même moins que cette longueur doit se rapporter à cette minime incision du rectum ».

Pourquoi donc ne pas continuer de citer quand on était en si bonne voie, et au lieu d'écrire *et* 5 à 6 lignes du rectum, pourquoi Scarpa n'a-t-il pas mis comme dans le texte qu'il avait sous les yeux, « 5 à 6 lignes, sans la conjonction terminative, la portion membraneuse, *la prostate et quelques lignes en profondeur du col de la vessie;* de cette manière il eût évité le soupçon d'avoir, par un procédé qui se qualifie assez de lui-même, tronqué une observation pour l'ajuster à ses vues : s'il n'eût pas dédaigné de prendre connaissance de la méthode telle qu'elle est proposée, il aurait su que l'opération s'exécute de telle sorte, qu'en incisant toutes les parties sus-nommées, on peut encore très-bien laisser intact le rectum au-dessus de la première incision, et lui ménager une espèce de valvule ou d'éperon qui souvent empêche le passage des matières stercorales dans la vessie, et ne gêne en aucune manière l'extraction du calcul; enfin avec un peu moins de prévention, un aussi grand anatomiste aurait réfléchi avant de dire que la partie inférieure de la prostate arrivait à 5 lignes de l'extrémité inférieure du rectum.

Si, donc, malgré vos précautions et les inflexions données au bistouri, vous n'avez pu inciser que la moitié du corps prostatique, c'est encore une fois que vous n'opérez

point comme Vacca et tant d'autres qui parviennent, et même du premier coup, à inciser tout ce trajet. La méthode recto-vésicale n'est point responsable de la trempe ni du tranchant des instrumens qu'on y emploie : il faudrait en vérité plus que de la complaisance pour se prêter à ne voir dans la taille nouvelle, que le grand appareil avec tous ses vices, moins les moyens qui en facilitent l'exécution. Ici du moins la dilatation forcée du col de la vessie non incisé, se faisait au moyen d'un instrument nécessaire et indispensable. Il paraît que Scarpa s'est imaginé que la tenette extractive pouvait cumuler les deux fonctions. Pourquoi se fatiguer à prouver plus longtemps l'erreur des opposans, elle est démontrée par l'absurdité de leur supposition ; et puisque l'on exécute avec facilité la plupart des opérations qui nous sont transmises, et surtout dans celle-ci tout ce qui a rapport à l'extraction du calcul, c'est que cette manière d'opérer n'amène pas le résultat consigné dans les planches de Scarpa qui, loin d'offrir une sortie facile à la pierre, ne lui en laissent pas même une possible à mon sens.

Mais, dit M. Breschet, en admettant que la prostate soit incisée dans toute son étendue : « de deux choses l'une : ou l'on n'ira pas plus loin que la partie postérieure de la prostate, ou l'on prolongera l'incision sur le bas-fonds de la vessie. Dans le premier cas, la dureté, la fixité des lèvres de l'incision prostatique s'opposeront à la libre extraction de la pierre, et de plus, l'ouverture ainsi obtenue sera moindre que celle qui est donnée par l'incision oblique de la prostate dans la taille latéralisée; dans le deuxième cas, on exposera le malade à voir les matières fécales s'introduire dans la vessie, et une fistule stercoro-urineuse s'établir, etc. »

La valeur de ces objections qu'on ne croirait pas d'abord échappées à un partisan de la nouvelle méthode, ne laisse pas que de perdre à l'examen.

En effet, si la dureté du corps prostatique était le véritable obstacle à l'extraction, de quel avantage pourrait être une différence de quelques lignes entre l'incision perpendiculaire et l'incision oblique de ce corps? Y a-t-il même une différence appréciable entre l'incision oblique donnée par l'ouverture n.° 5 ou celle n.° 7 du lithotome caché et la perpendiculaire? Cette opinion est en opposition formelle avec les grands-maîtres et Scarpa lui-même, qui ont tant recommandé de petites incisions au col de la vessie; ils affirment que l'extensibilité de ces parties est telle que l'obstacle à l'extraction ne vient pas de là, à moins de dimensions plus qu'ordinaires du calcul. Si de petites incisions suffisent, peu importe la direction qu'on leur donne; il est vrai que Scarpa dit que la prostate est bien plus dilatable latéralement qu'au milieu, mais il n'est pas probable qu'il l'ait dit sérieusement. Au reste, si l'objection était fondée dans le seul cas où une partie seulement de l'épaisseur de la prostate serait incisée, elle cesserait de l'être lorsque celle-ci toute entière serait divisée, puisque la dilatation se fait alors aux dépens des parties environnantes, et que le refus de la prostate d'y participer n'entraîne en aucune façon l'inextensibilité de ces parties.

Enfin, ceux qui ne se payeraient pas de ces raisons et des faits nombreux sur lesquels elles reposent, trouveront cette objection tout-à-fait anéantie par la modification première exécutée par M. Dupuytren, et qui consiste à faire la dernière incision dans le même sens que celle de la taille latéralisée.

Dans la seconde supposition, ce n'est point le passage des matières stercorales dans la vessie qui doit beaucoup inquiéter, le danger en est pour ainsi dire nul. Dans la plupart des opérations de taille recto-vésicale, excepté celles qu'exécute M. Vacca avec une si rare habileté, les urines stercoreuses sont un incident fréquent, et l'on ne

voit pas qu'elles soient suivies de résultats fâcheux. Quant à l'établissement possible de la fistule, il nous indique qu'on ne doit se décider à inciser le bas-fonds que dans les cas de nécessité absolue. Il semble cependant que lorsque les calculs ont atteint le dernier terme de leurs dimensions, ce parti soit préférable aux chances d'une seconde opération par-dessus le pubis.

Enfin, pour terminer ce qui a rapport à ce reproche de Scarpa qu'on ne peut inciser que la première moitié de la prostate, il est curieux de le voir invoquer M. Géri à son aide, et qu'à son tour celui-ci en appelle à M. Scarpa; qui donnera la clef de leur bonne intelligence parmi de si étranges contradictions? On vient de voir ce que dit Scarpa; M. Géri, de son côté, se plaint qu'on entame le péritoine; l'un trouve qu'en suivant Vacca on reste en deçà, et l'autre qu'on va bien au-delà du but, et tous deux se croyent du même avis.

La courbure du trajet paraît toujours prouver à Scarpa la plus grande longueur du chemin à parcourir; il dit que la prostate est fort dure et ne peut se déprimer pour raccourcir la voie; mais l'invention récente des sondes droites prouve combien cette assertion est gratuite de sa part; n'a-t-il pas vu, d'ailleurs, en opérant sur le cadavre, que la section du sphincter laisse déprimer le rectum facilement vers le coccyx, et que le trajet pour l'extraction offre tous les avantages désirés.

Ce savant chirurgien revient de nouveau sur la lésion d'un ou des deux conduits éjaculateurs; c'est-là, certes, un accident bien commun, peut-être même inévitable de l'opération. L'importance du système génital le rend digne d'être soumis à un sévère examen. Quelque hypothétiques qu'en puissent être les conséquences, le fait existe, il va fixer toute notre attention. Nous pensons comme Scarpa, qu'il faut attendre que les *jeunes sujets ainsi opérés soient devenus grands;* le temps est un grand maître, et comme il

n'a pas encore constaté une seule fois que l'*impuissance* ait été la suite de la taille postérieure, il nous paraît convenable d'opérer encore pour savoir à quoi s'en tenir, attendu la faiblesse humaine qui nous montre assez volontiers les événemens futurs, comme il convient à nos intérêts et à nos préjugés.

Il faut ici relever une singulière erreur de M. Breschet dans son analyse raisonnée du troisième Mémoire de Vacca; sa bonne foi connue, l'en fera facilement convenir. C'est d'ailleurs une pure question de chiffres; elle est facile à éclairer.

M. Breschet dit, page 446, « car, si par suite des recherches que je propose on parvenait à démontrer que.... le huitième même des individus qui ont subi cette opération, devient impropre aux fonctions génératrices, la taille recto-vésicale ne pourrait plus être ni proposée ni exécutée. »

Notre opinion est différente, et l'auteur, trop intimidé par l'ascendant de Scarpa, a fait ici une concession qui interdit le pouvoir de faire. Il n'avait point alors présent à l'esprit ce résultat important qu'il nous fournit page 456.

« Dans les hôpitaux, un tiers des opérés meurt à la suite de la taille latéralisée; dans la pratique civile, la proportion est d'un cinquième à un septième; » c'est-à-dire environ un sur six en ville. La moyenne proportionnelle entre un tiers et un sixième étant d'environ un quart, c'est dans ce rapport que, terme moyen, les opérés succombent dans la taille latéralisée.

Le relevé fourni par Vacca fait connaître que sur 72 opérés, 11 sont morts, parmi lesquels plusieurs avaient la vessie ou les reins désorganisés, etc.; ce qui fait un peu moins d'un sixième.

Maintenant comptons :

Pour fixer les idées, supposons 48 calculeux; ils sont

opérés par la taille latéralisée ; au bout de quelques jours, 12 meurent, 36 survivent ; s'ils eussent été opérés par la nouvelle méthode, 40 eussent échappé à la mort, sur lesquels 5 fussent restés impuissans. Si vous voulez maintenant tenir compte des vieillards déjà naturellement arrivés à cet état, et de ceux à qui l'organe ne rend plus d'autre service que les plaisirs imparfaits du sexe dont ce genre d'impuissance ne les priverait même pas (1), vous vous convaincrez qu'ici, à un nombre égal d'opérés redevenus ce qu'ils étaient avant l'opération, nous joignons l'avantage sur la taille latéralisée de sauver un plus grand nombre de victimes. Mais pourquoi tant se débattre, creusons la question, et tâchons d'apprécier ce reproche d'impuissance que, pour le dire en passant, on évitera de même que la lésion du conduit éjaculateur en latéralisant l'incision de la prostate et du col de la vessie.

Il faut donc accorder à Scarpa que le gonflement d'un testicule est le résultat évident de l'inflammation de l'orifice du conduit éjaculateur de ce côté, incisé ou contus dans l'opération ; il est même possible que l'inflammation de la glande soit le résultat de l'occlusion momentanée du conduit éjaculateur, et que le savant professeur y voie une ressemblance évidente avec le cas cité par lui, d'après Virberg, où la ligature du conduit de Sténon a fait enflammer, puis suppurer, et enfin atrophier la parotide. Ressemblance, d'accord ; mais identité, c'est autre chose, et c'est l'identité qui seule prouverait contre nous. Si vous prenez pour vous la première partie de l'observation, laissez-nous au moins la seconde, ce n'est pas trop exiger ; or, la diminution du gonflement testiculaire, lorsque cet accident arrive à la suite de la taille recto-vésicale, ne peut indiquer que le retour de toutes les parties qui en dépendent à leur état normal ; l'effet cesse, la cause elle-

(1) *Voyez* plus bas.

même n'existe donc plus. Si dans ce court espace de quelques jours la muqueuse éjaculatoire contractait des adhérences, je crois comme vous qu'il en résulterait de grands désordres pour la glande spermatique; s'ils n'arrivent pas, s'ils ne sont jamais arrivés, qu'en conclure? C'est que vous avez prouvé contre vous. Il n'y a donc pas d'atrophie à craindre.

La question d'impuissance n'a point que ce seul aspect: voici le second. Une fistule interne pourra s'établir, qui, s'ouvrant trop haut dans l'urètre, laissera le sperme se répandre dans la vessie, au lieu d'être transmis au-dehors. Voilà la seule partie valable de l'objection : Vacca a suffisamment détruit ce qui aurait rapport à la suppression de l'orifice naturel pour n'en plus parler. Revenons à la question telle qu'elle vient d'être proposée.

On ne prétend pas sans doute que l'établissement de cette fistule soit une chose ordinaire; l'épaisseur des parties où elle pouvait se faire est telle que le rapport des lèvres de la plaie est assez exact; l'écoulement du sperme n'a pas lieu habituellement, et son éjaculation n'est pas assez fréquente pour faire craindre ici ce qui est démenti par l'expérience dans la taille recto-vésicale, et même dans la taille latéralisée, où l'écoulement fréquent de l'urine n'empêche pas la cicatrisation de la vessie; la spéculation pourrait cependant craindre ici cet accident avec encore plus de raison que pour le cas qui nous occupe.

Sur le petit nombre des fistules dont nous admettons la possibilité, nous avons encore à séparer celles qui auront lieu dans la partie inférieure du canal: ce seront les plus fréquentes, si l'on opère sur la ligne médiane sans beaucoup dévier, et celles-ci sont tout-à-fait exemptes d'inconvéniens.

Reste donc dans ce petit nombre probable de fistules une certaine proportion de fistules assez élevées pour que

dans l'éjaculation le sperme se répande dans la vessie. Mais si cela arrivait pour le conduit éjaculateur d'un côté, il est évident que l'impuissance n'existe pas pour cela, puisque l'éjaculation se fait complète et régulière du côté opposé ; et qu'on n'a jamais regardés comme impuissans les hommes chez lesquels un seul testicule fait régulièrement ses fonctions. Il faudrait, pour que l'impuissance existât réellement, que la fistule fût double, et que la double excrétion spermatique se fît dans la vessie pendant la copulation; or, je dis que la simultanéité de ces deux phénomènes est impossible par le fait de l'opération.

En effet, si l'on veut se donner la peine d'y faire quelqu'attention, on verra que les deux conduits ne peuvent être atteints du même coup que dans leur partie inférieure, lieu de leur plus grand rapprochement près du *vérumontanum*, et qu'alors le sperme prendra son écoulement par l'urètre dans l'acte éjaculatoire; plus haut que ce lieu, nous retombons dans l'hypothèse précédente; car il est sûr qu'on ne blessera qu'un seul des conduits.

Le professeur Scarpa s'obstine, malgré les plus satisfaisantes raisons, à croire au danger de l'incision simultanée du rectum et de la vessie; pour être conséquent avec lui-même, il aurait dû dire de l'incision du rectum et de la moitié de la prostate; mais les symptômes qu'il extrait des observations de Vacca, pour en donner des preuves, sont si évidemment ceux de l'irritation de la vessie et du tissu cellulaire qui l'environne (chose peu surprenante), qu'il est incroyable qu'il ait pu à ce point s'y méprendre.

Relativement aux fistules, l'expérience n'a pas encore prouvé qu'elles fussent moins fréquentes après la taille latéralisée. Scarpa convient d'avoir, par *inadvertance*, piqué deux fois le rectum en se servant du lithotome aigu de Moreau : mais, d'abord, il eût été fort possible qu'en

y portant toute l'attention dont l'opérateur était capable, cet accident fût arrivé, parce qu'il ne dépend pas du plus habile de changer un développement ou une direction insolite de l'intestin qui, chez quelques sujets, le rend inévitable pour ainsi dire; en second lieu, puisqu'il est arrivé deux fois à Scarpa, il est à craindre qu'il n'arrive bien plus fréquemment à des opérateurs moins habitués ou moins savans, et c'est toujours quelque chose qu'une méthode opératoire soit par sa facilité à portée du plus grand nombre; enfin les fistules ne dépendent pas toujours de la piqûre immédiate de l'intestin, mais souvent elles sont produites par les moyens mis en usage pour maîtriser les hémorrhagies à la suite de la taille latéralisée la mieux faite. D'ailleurs, n'est-il pas à présumer que les fistules de la taille recto-vésicale déjà peu incommodes et par leur nature et par leur situation au-dessous du *sphincter* de la vessie, dans l'urètre, sont par cela même disposées à guérir spontanément par le bénéfice du temps; en sorte que, si ce soupçon était confirmé, on pourrait renoncer à ces fréquentes applications de nitrate d'argent qui répondent si mal, observe justement Scarpa, au *jucunde* de Celse.

Il semble que ce grand chirurgien ait juré d'avoir toujours tort dans cette discussion; un des siens est de ne pas même lire ses adversaires : c'est ainsi qu'il parle des 70 Observations de *guérisons* rapportées par Vacca; tandis que cet auteur parle de 72 cas de taille recto-vésicale sur lesquels 11 sujets ont succombé; il est bien étonnant qu'après avoir cru à la guérison des 70 opérés, Scarpa ajoute: qu'y en eût-il 700? le point en litige ne serait pas encore éclairci.

On ne s'était pas encore avisé de traiter aussi singulièrement un point de fait dans une science positive. Il avait toujours paru jusqu'ici que, devant les faits, les spéculations, les théories, les préventions de toute nature étaient

comptées à-peu-près pour rien. N'est-ce pas la meilleure des méthodes, celle qui sauve un plus grand nombre de sujets? N'est-ce pas pour atteindre ce but que le professeur de Pavie lui-même a fait tant d'efforts pour perfectionner l'anatomie des opérations et les procédés connus jusques à lui? Eh quoi! 700 cas de guérisons ne l'ébranleraient pas dans son arrêt de proscription? aussi, la forme de plaisanterie qu'il a choisie pour le dire, nous dispense de perdre du temps à en faire justice; il pourrait trop bien s'amuser à nos dépens en nous voyant prendre cette peine.

Et quels sont donc ces points en litige, ou, pour rendre mieux la pensée de l'auteur, ces obstacles insurmontables qui doivent faire proscrire à jamais la nouvelle opération? Les voici tous tels qu'il les tire de ses démonstrations; savoir :

1.° Que la taille recto-vésicale dégrade (*guasta*) l'organe éjaculatoire.

Lisez comme il suit: que dans cette opération on incise un conduit éjaculateur, ce qui est fort différent; car rien n'a démontré, depuis quatre ans, que la fonction éjaculatoire, même d'un côté, soit compromise. Cela est tout simple : car il n'y a point d'organe éjaculatoire, mais un appareil pour cette fonction : il se compose des releveurs de l'anus, des bulbes caverneux, des transverses de l'urètre et de la tunique extérieure de la vésicule séminale, rien de tout cela n'est atteint par l'opération.

2.° Que la base de la prostate demeure intacte et oppose une résistance, etc....; — on sait à quoi s'en tenir sur ce point.

3.° Que le trajet est le plus long directement et de plus courbé sur cette longueur pour arriver à la vessie. — Assertion tout aussi exacte que la précédente.

4.° Que la portion intacte de la prostate se déchire dans les efforts d'extraction, etc. — Cela arrive proba-

blement comme dans la taille latéralisée, lorsque la prostate n'est pas divisée dans toute son épaisseur, ou que cet organe est malade.

5.° Que pour extraire les pierres très-volumineuses, il faut prolonger plus ou moins l'incision dans le bas-fonds de la vessie, ou tailler celui-ci directement, d'où lésion possible et mortelle du péritoine, et presque certitude d'une fistule stercoro-urineuse.

Or, Vacca a prouvé que l'on pouvait toujours extraire les calculs les plus volumineux sans prolonger assez pour rencontrer le péritoine, en supposant même celui-ci très-bas. En opérant ainsi on est affranchi sûrement du plus dangereux de ces inconvéniens; et très-souvent de l'autre, puisque la taille directe par le bas-fonds expose à tous deux; c'est seulement une raison pour ne pas la pratiquer.

6.° Que les symptômes consécutifs annoncent de formidables accidens de cystite, péritonite, etc. — Il est vrai que ces accidens, qui persistent assez peu de temps en général, doivent avoir un grand poids aux yeux d'un homme qui ne veut tenir aucun compte de la proportion des sauvés, à la suite de l'opération. Aucun de ces inconvéniens, dit-il (même la cystite et la péritonite), ne saurait être reproché à la taille latéralisée (par laquelle on perd un opéré sur quatre). Aussi en conclut-il que Vacca lui-même n'a fait que mettre en évidence les défauts, l'absurdité et l'inconvenance de la taille postérieure comparée à l'autre.

Soyons sincères, l'opération de la pierre, à quelque méthode, à quelque procédé qu'on ait recours, est une des plus graves, des plus dangereuses de la chirurgie; et il est à désirer qu'on ne nous abuse point encore sur les nouveaux moyens lithontriptiques dont les journaux politiques surtout nous entretiennent.

Si l'on s'en rapporte à leurs assertions, on pourrait es-

pérer de soustraire un bon nombre de calculeux aux chances de l'opération. Mais la question ici traitée n'en conserve pas moins sa haute importance; car il y en aura toujours une certaine proportion à qui ces moyens ne sauraient être applicables; leur emploi n'est pas toujours si innocent, que la mort, on l'a vu, n'en puisse être la conséquence; l'état du canal de l'urètre, de la vessie, les conditions du calcul lui-même, seront quelquefois des obstacles qui forceront à recourir à la voie la plus directe, à la cystotomie; après toutes les méthodes déjà mises en usage pour atteindre le réceptacle des urines, on nous en a proposé une qui jouit sur celles connues des avantages suivans: son exécution est simple et facile; par elle on arrive à la vessie et on en extrait les corps étrangers par la voie la plus courte; par elle les opérés ne courent pas les chances d'une double opération, et sont affranchis des accidens de la piqûre du rectum; par elle l'hémorrhagie souvent si grave, les infiltrations urineuses et les abcès gangréneux qui les suivent, sont évités, et un plus grand nombre de sujets sont soustraits à la mort; depuis quatre années que d'habiles opérateurs en ont fait l'application, elle n'a, pour ainsi dire, offert aucun des inconvéniens que la spéculation lui suppose, ou ils sont légers, et tels que les chances présentées par les méthodes antérieures ne sauraient être mises en comparaison avec eux. Par toutes ces raisons qui ne sont que l'expression ou la conséquence de faits avérés jusqu'à ce jour, et tant que d'autres faits en nombre suffisant ne viendront pas les démentir, nous pensons avec M. Breschet que la taille recto-vésicale est au moins ou paraît être préférable à la taille latéralisée, qui passait jusqu'ici pour être, relativement, des méthodes connues, la moins imparfaite.

BLAQUIÈRE.

Observation d'un utérus présentant un canal dans l'épaisseur de l'une de ses parois ; par M. BAUDELOCQUE *neveu, D. M. accoucheur.*

Louise-Marguerite Lapierre, âgée de 53 ans, succomba à l'hôpital Beaujon, à une pleuro-pneumonie, qui avait succédé à une angine gangréneuse, dont elle avait été guérie complètement. Cette femme n'avait jamais eu d'enfant.

A l'ouverture du cadavre, l'utérus fut examiné ; il avait ses dimensions ordinaires : coupé de haut en bas, de son fond vers son col, il ne nous présenta rien de remarquable, seulement les trompes avaient chacune la grosseur d'une plume de corbeau ; mais plusieurs incisions ayant été faites à droite et à gauche, sur les parois du corps de cet organe, nous découvrîmes à droite un canal de même calibre que les trompes, aboutissant en haut dans la trompe droite, et en bas dans le col. Ce canal, qui naissait de la trompe, à trois ou quatre lignes de son extrémité interne, en était, aussi bien que cette extrémité interne, la continuation.

Il nous eût été impossible de confondre ce canal avec un vaisseau quelconque, il en était trop distinct ; d'ailleurs, M. Marjolin, chirurgien de l'hôpital, et présent à l'ouverture, aurait de suite relevé notre erreur, au lieu de partager, comme il l'atteste, notre opinion, et de croire avec nous que ce canal aurait pu contenir le produit de la conception, si l'ovaire droit, chez cette femme, eût été fécondé.

Nous ajouterons que ce canal, en s'aggrandissant, pendant la grossesse, du vide de la cavité utérine, aurait pu laisser développer dans son intérieur, jusqu'à une

époque plus ou moins avancée, le produit de la conception, et que, dans cette hypothèse, l'accouchement aurait eu lieu par les voies ordinaires.

A l'époque de l'accouchement, on aurait attribué sans doute à l'existence d'un utérus double, les changemens survenus dans les parois du corps et du col de l'utérus; car des méprises de ce genre ont peut-être été déjà faites.

Nous n'ignorons pas que des grossesses développées dans les parois de l'utérus ont été observées déjà par Smith, Héderich, Albers, Carus, Lobstein, et par M. Breschet, organe de MM. Bellemain et Lartet, mais nous pensons que cette pièce anatomique, que nous n'avons pas conservée, et dont nous avons seulement exécuté fidèlement le dessin, fournit l'explication du développement de ces grossesses.

(*Voyez* la planche qui représente l'utérus et le conduit anormal qui a été décrit précédemment.)

Observation sur une portion de canal pratiquée artificiellement aux dépens et sur la cicatrice même d'une portion de l'urètre entièrement oblitérée par suite d'une plaie d'arme à feu; par Julien Le Vanier, *chirurgien à Cherbourg.*

Maresquier, cuirassier au 8.e régiment, âgé de 27 ans, fut blessé le 16 juin 1815, à la bataille de Fleurus. Une balle de fusil vint le frapper à la verge, et divisa complètement l'urètre à sa partie moyenne, sans affecter les corps caverneux. Forcé d'abandonner son service, Maresquier entra à l'hôpital d'Avesnes, le 20 juin 1815, et obtint sans être guéri la permission de rentrer dans ses foyers. Trois ans s'étaient écoulés, la plaie était complètement guérie, mais une cicatrice large et profonde avait

oblitéré peu à peu le canal. Déjà plusieurs médecins avaient été consultés, tous avaient essayé des bougies, mais toujours inutilement; dans les derniers temps ces bougies ne pouvaient franchir l'obstacle. Désespéré de son état douloureux, ne pouvant uriner que rarement, et *goutte à goutte*, quoiqu'il en sentît le continuel besoin, menacé de dépôts au périnée, Maresquier se présenta chez moi le 17 mai 1819; c'est-à-dire, quatre ans après son accident.

Ignorant jusqu'alors les tentatives qu'on avait faites et qu'on m'avait cachées à dessein, mon premier soin fut de tenter l'introduction d'une bougie de gomme élastique, et, quoiqu'elle fût de la plus petite dimension, je n'y pus parvenir: j'essayai ensuite un stilet boutonné très-fin, et ayant reconnu, malgré mes précautions, l'impossibilité de l'introduire, j'y renonçai. Je conçus alors l'idée (très-neuve pour moi, je l'avoue, qui ne l'avait jamais ni vue ni lue) de pratiquer une incision sur la cicatrice même, afin d'opérer la communication de la portion supérieure du canal avec sa partie inférieure. Après avoir préparé un appareil très-simple, composé d'un bistouri, d'une bandelette de linge fin, d'une bandelette de diachylum gommé, et d'une sonde creuse de gomme élastique, je me disposai à faire mon opération.

Le malade couché sur le dos, je renversai la verge sur le ventre, et après l'avoir saisie de la main gauche de manière à tendre la peau, j'incisai sur le raphé l'urètre quelques lignes au-dessus de la cicatrice; je prolongeai mon incision en descendant *sur la cicatrice même*, et la rendis aussi profonde que dans la position naturelle de ce canal; ensuite je la terminai quelques lignes au-dessous de cette cicatrice, et par ce moyen je rétablis la communication de la partie supérieure de ce canal avec sa partie inférieure. Mon incision terminée, je passai la sonde jusque dans la vessie, et, après l'avoir fixée autour du

gland, je rapprochai les lèvres de la plaie que je venais de faire avec l'instrument, et la réunis comme une plaie simple. Le cinquième jour, après l'opération, je trouvai cette plaie totalement cicatrisée. Cependant dans la crainte que la sonde ne gênât le malade, je la supprimai, mais je substituai en sa place un bout de bougie pleine, de grosseur convenable; et, au lieu de la faire pénétrer jusque dans la vessie, je ne lui donnai de longueur que ce qu'il en fallait pour dépasser l'obstacle de quelques lignes. Ce bout de bougie était retiré toutes les fois que le malade avait des besoins à satisfaire, et était replacé immédiatement après. Le malade se pansait alors lui-même (On conçoit que cette bougie était fixée comme la sonde).

Le huitième jour après l'opération, Maresquier désira retourner chez lui; il était bien, j'y consentis; mais craignant que la partie interne de l'incision n'eût pas acquis assez de solidité, je lui conseillai d'insister quelque temps sur l'usage de la bougie et de ne la supprimer que graduellement; il suivit exactement mon conseil, et c'est sans doute à sa docilité, à sa persévérance qu'il doit la guérison de sa maladie. Je lui prescrivis d'abord de retirer la bougie le jour, parce qu'obligé de se livrer aux travaux pénibles de la campagne, cette bougie devait nécessairement le gêner, mais j'exigeai qu'il la plaçât tous les soirs en se couchant; ensuite il ne la replaça que tous les deux, quatre, huit, quinze jours, et enfin il la supprima tout-à-fait.

Six mois après le dernier emploi de la bougie, Maresquier vint me voir; il était bien, disait-il, mais je voulus le voir uriner; cet homme qui naguères ne pouvait uriner que goutte à goutte, en proie aux douleurs les plus atroces, menacé de maux très-graves, *urinait avec aisance et à plein canal....* Tel est le résultat d'un procédé dont je crois être l'auteur. J'ai revu plusieurs fois cet homme depuis trois ans, et j'atteste qu'il est complètement guéri.

On conçoit néanmoins que ce procédé ne peut être applicable à tous les embarras de l'urètre; mais pourtant je pense qu'il pourrait être utilement employé dans beaucoup de cas.

L'opération pratiquée par M. Le Vanier mérite sans doute des éloges; mais, sans vouloir en rien diminuer l'honneur qu'elle fait à ce chirurgien, nous devons dire que le professeur Lassus l'avait conçue et heureusement exécutée sur un cordonnier d'Orléans. Cet homme avait fait une chute en arrière. Le périnée avait heurté contre un morceau de bois; le malade continua ses occupations; un dépôt fut la suite de la contusion; ce dépôt s'abcéda, le malade se négligea, quoiqu'il s'aperçût qu'il passait toujours de l'urine par la plaie. D'autres petits dépôts se formèrent. Il en résulta plusieurs fistules urinaires, et au bout de quelque temps toute l'urine passait par les fistules, il n'en coulait pas une goutte par l'ouverture naturelle de l'urètre.

Dans cet état, le malade se rendit à Paris, en 1786; il fut reçu à l'hospice de Saint-Côme. On le prépara par les bains et des cataplasmes émolliens, afin de ramollir le périnée qui était dur et calleux. On procéda à l'opération de la manière suivante. Le malade placé et assujetti sur le lit qui sert à la taille, l'opérateur introduisit une algalie d'argent, qu'il fit pénétrer jusqu'à l'obstacle; un aide fut chargé de relever le scrotum et de maintenir la sonde dans sa position. M. Lassus commença son incision sur la saillie qui formait le bout de la sonde, et la prolongea au-delà de la dernière fistule; il s'assura, par l'introduction d'un stilet boutonné, qu'il n'existait pas d'obstacle entre l'extrémité de l'incision et la vessie; alors il retira l'algalie d'argent, pour en introduire une autre en gomme élastique, qu'il fit pénétrer jusqu'à l'incision; et

de là, avec le stilet boutonné introduit dans un des yeux de la sonde, il la fit parvenir jusqu'à la vessie; la sonde fixée, on pansa la plaie avec de la charpie, afin d'établir une suppuration, pour faire fondre les callosités.

Lorsque la suppuration fut diminuée, que les bourgeons charnus se développèrent, on rapprocha les bords de la plaie avec des bandelettes agglutinatives. La cicatrice ne se fit pas attendre; la sonde fut maintenue pendant quelque temps dans la vessie; au bout d'un mois, le malade s'en retourna chez lui parfaitement guéri. Je ne crois pas que cette observation ait été publiée, j'avais pris ces notes pour mon instruction personnelle. (*Extrait d'un rapport de M. Dolivera, membre résident du cercle médical, sur l'observation de M. Le Vanier.*)

Exposé des divers procédés employés jusqu'à ce jour pour guérir de la pierre sans avoir recours à l'opération de la taille; par le docteur LEROY (*d'Étiolles.*) (1).

Le bruit qu'a fait dernièrement l'emploi d'un procédé pour extraire les calculs vésicaux par l'urètre avait suffisamment éveillé l'attention des gens du monde et des médecins pour qu'un travail sur cette matière fût attendu avec impatience; aussi ne doutons-nous pas que l'ouvrage de M. J. Leroy (d'Étiolles) ne soit accueilli avec intérêt, puisqu'il renferme un aperçu fort bien fait des travaux qui ont été entrepris dans l'intention d'extraire les pierres par l'urètre. Cette idée n'est pas nouvelle, quoique M. le docteur Civiale ait proclamé qu'aucun auteur avant lui n'avait conçu un projet analogue. M. Leroy

(1) Un vol. in-8.° avec fig. (Extrait par le docteur HEURTELOUP.)

Hales fit des expériences pour dissoudre les calculs avec les alcalis et les acides affaiblis ; que Langrish, qui vivait en 1746, avait fait dans la vessie de quelques chiens des injections avec de l'eau de chaux contenant 15 à 20 gouttes d'une dissolution de potasse caustique. Que Butter, en 1764, avait imaginé de mettre une vessie de veau contenant de l'eau de chaux dans une espèce de soufflet, et qu'il faisait des injections en usant de ce procédé (1). Enfin, M. Leroy dit que Rutherfood avait fait, en 1753, l'essai de l'appareil de Butter sur un montagnard écossais, à l'hôpital royal d'Édimbourg ; que la présence d'une pierre volumineuse ayant été reconnue par la sonde, on injecta soir et matin quatre ou cinq onces d'eau de chaux, et on donna en boisson cette même préparation ; le traitement dura quatre mois ; les douleurs disparurent et on ne trouva plus de pierre.

Relativement aux sondes à double courant, que M. le docteur Jules Cloquet a remis dernièrement en vigueur, M. Leroy cite un passage de Hales qui donne la description de cette sonde et de son usage ; il cite encore M. le conseiller Gruithuisen, qui se sert non-seulement de l'action dissolvante des liquides injectés ; mais qui pense encore qu'en faisant tomber ce liquide de très-haut sur la pierre, au moyen d'un appareil convenablement disposé, on use ainsi le calcul par ce choc continuel.

Ce chapitre est terminé par l'observation très-intéressante d'un Anglais que M. Magendie a soumis pendant un an à l'emploi de la sonde à double courant. Ce malade, âgé de 45 ans, avait une pierre adhérente, et il paraissait

---

(1) Nous ferons remarquer qu'en 1756, M. Whytt, professeur de médecine à l'Université d'Édimbourg, avait fait des expériences nombreuses sur les propriétés de l'eau de chaux, comme dissolvant des calculs vésicaux. (*Recueil périod. d'Obs. de méd.*, par VANDERMONDE, tom. V, page 311.) (*Note du Rédacteur.*)

avoir aussi des calculs dans les reins. On commença par faire passer dans la vessie un courant d'eau mucilagineuse très-chaude, une demi-heure par jour pendant six semaines; puis on remplaça cette injection par douze ou quinze litres d'eau aiguisée avec l'acide sulfurique; l'injection fit sortir beaucoup de détritus; la douleur fut calmée; l'incontinence d'urine et la suppuration de la vessie cessèrent. Pour activer la guérison, qui ne fut pas entière, MM. Magendie et Amussat introduisirent, au travers d'une sonde, des petites rapes avec lesquelles ils détachaient chaque jour quelque portion de la pierre.

Dans le chapitre 6, intitulé Dissolution par la pile voltaïque, l'auteur rappelle que l'idée première en est due à M. Bouvier-Desmortiers; que M. Gruithuisen entreprit des expériences pour en démontrer l'exactitude; et qu'enfin, en 1823, MM. Prevost et Dumas communiquèrent à l'Académie des sciences les résultats qu'ils obtinrent, et qu'on peut connaître en lisant les Annales de chimie et de physique, juin et juillet 1823. M. J. Leroy trouve défectueux l'appareil que MM. Dumas et Prevost employèrent dans leurs expériences; il propose de se servir de l'instrument qu'il a nommé lithoprione, dont nous parlerons plus tard, et avec lequel il saisit les calculs au moyen des ressorts de montre qui se déployent en sortant de cette espèce de pince.

Chapitre 7. — Extraction des calculs à travers le canal de l'urètre, avec ou sans dilatation. — M. J. Leroy a sans doute fait cette section dans son ouvrage, pour mettre en opposition l'extraction des calculs dans leur entier, et celle où il est nécessaire de les diviser en fragmens. Cette distinction est judicieuse en cela, qu'il sépare ce qui était fort connu de ce qui l'était moins. Dans ce chapitre, il est beaucoup de faits très-curieux sous le rapport de l'extensibilité que peut acquérir l'urètre, circonstance qui influe si grandement sur les moyens nouvellement employés

pour extraire les pierres. On y voit que Bartholin parle d'une femme qui rendit par l'urètre une pierre du volume d'un œuf de poule; que Borelli en cite une autre, chez laquelle un calcul du volume d'un œuf d'oie sortit spontanément; que Colot rapporte un fait semblable; que M. Molineux a mesuré une pierre sortie à travers le canal urinaire d'une jeune fille, qui avait sept pouces 6 lignes dans son plus grand diamètre, et cinq pouces trois quarts dans le plus petit: que Kerkring, Grunewald et Morand parlent de pierres de 6, 7 et 8 onces, et enfin que, dans les mémoires publiés par M. Yelloly, on trouve un grand nombre de faits analogues. L'auteur ne cite pour les hommes que Kentmann, qui rapporte que son beau-frère avait rendu 18 pierres sans douleur, et dont les plus grosses avaient le volume d'une noisette. Il aurait pu ajouter que Sabatier fut obligé d'inciser le méat urinaire d'un enfant de douze ans, chez lequel un calcul, de la grosseur d'une petite noix, avait parcouru l'urètre jusqu'à cet endroit. Ce cas est fort important à connaître de ceux qui peuvent faire usage des instrumens propres au brisement de la pierre, opération d'autant plus facile, qu'on se sert de sondes d'un plus grand diamètre.

Du reste, M. Leroy dit que l'on se sert généralement de la pince dite de Hunter, et qui a été imaginée par Hales, pour extraire les calculs engagés dans l'urètre; que M. Boyer a employé avec succès le procédé de Marini, qui consiste à passer une anse métallique derrière le calcul; enfin il cite des exemples d'extraction par succion. A cette occasion je ferai remarquer que cette méthode d'opérer, sans compter qu'elle est fort dégoûtante, ne me semble pas praticable. Aussi, je crois que lorsqu'on a réussi, les calculs étaient déjà à l'extrémité de la verge. Je conçois bien qu'on puisse aspirer un corps renfermé dans un tube solide; mais il me semble contraire aux lois de la physique de le faire avancer dans l'urètre comme

dans un tube mou, dont les parois se rapprochant par l'effet du vide, empêchent la pierre de parcourir la cavité de ce canal.

M. Leroy termine ce chapitre 7 par deux paragraphes fort intéressans, dans lesquels il traite de la dilatation de l'urètre, et de l'extraction des calculs entiers pris dans la vessie même, avec des pinces ou autres instrumens analogues. La dilatation de l'urètre fut d'abord mise en usage par les Égyptiens qui, insufflant ce canal avec un tube de bois, le dilataient assez pour faire sortir des calculs, d'un volume quelquefois assez considérable, qu'ils engageaient dans le col de la vessie, en le poussant avec le doigt introduit dans le rectum. Prosper Alpin a vu des médecins arabes extraire de la sorte des calculs gros comme des olives et des petites noix. Ce fait doit répondre aux objections de ceux qui prétendent qu'on ne peut introduire dans l'urètre des instrumens de trois ou quatre lignes de diamètre. Du reste, on se sert maintenant de sondes de gomme élastique, qui se succédant d'une manière graduée, produisent la dilatation désirée. Lorsqu'on veut que cette dilatation soit égale dans toute la longueur du canal, on emploie des sondes d'un calibre uniforme, sinon on se sert de bougies dites à ventre, dont l'invention est due à Ducamp.

Quant à l'extraction des calculs entiers pris dans l'intérieur même dans la vessie, on sent que ce paragraphe prend de l'importance, quand on considère que de saisir un calcul dans cet organe, en introduisant l'instrument par l'urètre, étant la première partie de l'opération de celui qui fait usage du lithoprione, on doit considérer cette tentative comme un acheminement au procédé d'opérer de la pierre, par brisement sans incision préliminaire. En remontant à l'origine de ce procédé, on voit que Sanctorius a décrit une pince à trois branches, qu'il introduisait fermée dans le canal de l'urètre; parvenue

dans la vessie, la pince s'ouvrait au moyen d'un stilet que l'on glissait dans son intérieur; Desault pensait qu'en allongeant la pince de Halles, on pouvait aller saisir la pierre dans la vessie. Enfin, M. A. Cooper a extrait 31 petits calculs, au moyen de la pince courbe.

L'auteur parle ensuite du brisement du calcul engagé dans le canal, et du brisement du calcul encore renfermé dans la vessie, ce qui donne lieu à deux paragraphes distincts.

Albucasis est le premier qui ait recommandé de briser le calcul engagé dans l'urètre, quand on ne pouvait l'extraire autrement. Il se servait pour cela d'un fer triangulaire qu'il introduisait, avec précaution, jusqu'à la pierre qu'il maintenait au moyen d'une ligature placée autour de la verge derrière le corps étranger. Ambroise Paré introduisait un foret qu'il plaçait dans une canule, et quand l'instrument était en contact avec la pierre, il faisait tourner entre ses doigts le foret qu'il avait fait saillir, et comminuait ainsi le corps étranger. M. Leroy fait ici la remarque fort juste que cet instrument de Paré est droit, et comme cet ancien chirurgien parle non-seulement de perforer les pierres arrêtées dans le canal, mais encore celles qui sont au col de la vessie, il pensait que l'on pouvait pénétrer avec une tige droite au-delà de la courbure de l'urètre. Fischer fit construire un perforateur avec lequel on pouvait faire faire à la pierre un trou de la grosseur d'une plume d'oie, et introduisant dans ce trou les deux mors d'une pince, et les écartant ensuite, il brisa de cette manière un calcul engagé dans l'urètre d'un seigneur de son voisinage, et évita ainsi de contondre les parois de la verge, en cherchant à écraser, en la serrant, la pierre évidée, comme le recommande Franco.

Mais comme la pierre n'est pas seulement engagée dans l'urètre, et qu'elle se loge souvent dans les parois de ce canal, M. Leroy a imaginé un instrument à l'instar de

ceux employés pour détruire les callosités de l'urètre, et qui se compose d'une sonde d'argent présentant latéralement une ouverture dans laquelle on tâche d'engager la carnosité pour en faire la résection au moyen d'une lame qu'on introduit dans la sonde. M. Leroy a mis, afin d'user le calcul, une lime ronde à la place de la lance, et la fait tourner au moyen d'un archet.

(*La suite au prochain Numéro.*)

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Observations extraites des Journaux de Médecine allemands.

1.° *Cas de grossesse abdominale dans laquelle la gastrotomie fut couronnée de succès.* — Charlotte N...., âgée de 36 ans, d'une forte constitution, mère de six enfans, éprouva, il y a quelques années, tous les symptômes qui font présumer la grossesse, plus une douleur continue à la partie inférieure gauche du ventre. Cette douleur, d'abord supportable, devint bientôt tellement vive que plusieurs fois la malade sortit de son lit pendant la nuit, et parcourut son appartement en désespérée, cherchant en vain à calmer ses souffrances par toutes les ressources de la médecine domestique. La menstruation n'était pas supprimée, et même il ne se passait guère six ou huit jours sans qu'il ne sortît du vagin un caillot de sang mélangé de mucosité. Cependant la santé générale se maintint et la malade dit même avoir dansé dans le courant du septième mois.

Environ six semaines avant le terme présumable de la grossesse, madame N.... étant occupée à laver du linge, se pencha tout-à-coup en avant; ce mouvement fut suivi

d'un bruit marqué qui semblait indiquer la rupture de quelques parties du ventre; en même temps se manifesta à droite, au-dessous de l'ombilic, une tumeur du volume des deux poings. La malade tomba sans connaissance et fut transportée chez elle; elle éprouva pendant six semaines des douleurs sourdes. Après ce laps de temps survinrent les vraies douleurs de l'enfantement; une sage-femme fut appelée, qui chercha à hâter l'accouchement; malgré tout, deux nuits se passèrent sans que les douleurs cessassent, et sans cependant que l'orifice du col utérin se dilatât assez pour admettre plus d'un doigt.

La tumeur, dont nous avons parlé, avait disparu dès le début des douleurs, et le troisième jour celles-ci cessèrent tout-à-fait. La malade se rétablit et ne conserva qu'un peu de faiblesse et un ventre volumineux, ce qui fit dire qu'elle portait une excroissance dans cette cavité.

Deux ans et trois mois s'écoulèrent dans cet état de choses, et les menstrues parurent régulièrement, mais moins abondantes qu'auparavant. Sur ces entrefaites se manifestèrent tous les signes d'une nouvelle grossesse qui marcha parfaitement jusqu'au septième mois. A cette époque les parois de l'abdomen prirent une teinte bleuâtre, et le moindre mouvement décelait de la fluctuation dans cette cavité; les forces s'épuisèrent: enfin, au terme ordinaire, la malade mit au monde un gros garçon, qu'elle nourrit elle-même pendant quinze jours, mais qui succomba au bout de neuf semaines à une affection aphteuse très-intense.

La sécrétion du lait s'était arrêtée du moment où la malade avait cessé de nourrir. Dès lors cette dernière avait perdu toutes ses forces; elle accusait une douleur fixe dans le bas-ventre, à laquelle se joignait de la fièvre, de l'agitation pendant la nuit, un dérangement considérable; l'émaciation devint complète et la mort imminente. Une tumeur semblable à celle qui avait déjà paru se montra

à un pouce au-dessous de l'ombilic ; son volume était celui d'un œuf de poule ; elle ne tarda pas à s'ouvrir par deux petits orifices qui donnèrent issue à un peu de pus. Un chirurgien qui fut appelé agrandit l'ouverture de l'abcès, et il s'écoula aussitôt une grande quantité d'une sanie purulente, des portions de peau et des cheveux : on sentit alors, en palpant la tumeur, des corps durs comme des os, ce qui fit soupçonner une grossèsse abdominale. Les conseils d'un second chirurgien furent invoqués. Celui-ci trouva la malade dans un état déplorable, consumée par une fièvre hectique des plus intenses. L'orifice utérin était complètement fermé, et rien de ce côté n'indiquait la présence d'un fœtus. En échange, il était facile d'en reconnaître un dans la tumeur précitée. Les circonstances rapportées plus haut, jointes à ce dernier signe, ne laissaient aucun doute sur la nature du mal, et l'état de la malade ne permettait pas le plus petit retard dans l'opération. Elle fut aussitôt résolue et entreprise ; il était huit heures du soir.

La vessie et l'intestin rectum ayant été vidés, la malade fut placée sur une table, chacun des pieds reposant plus bas sur une chaise. Toutes les dispositions préliminaires terminées, « je fis, dit M. Bulh (c'est le nom de l'opérateur) une incision de quinze lignes sur la ligne blanche, à 2 pouces et demi au-dessus de l'ombilic, et j'incisai le péritoine avec toute la précaution nécessaire pour ne pas intéresser les parties sous-jacentes. Portant alors de haut en bas, dans l'ouverture que je venais de pratiquer, les doigts indicateurs et médius de la main gauche, je soulevai la paroi abdominale, et après avoir placé mon bistouri dans la rainure formée par la réunion de ces deux doigts, je continuai l'incision dans la direction de la ligne blanche jusqu'à 9 lignes au-dessus du pubis. La sortie des intestins fut prévenue au moyen d'un linge huilé qu'un

aide étendait sur la solution de continuité à mesure que je divisais les parties.

« Cette première partie de l'incision terminée, je vis un fœtus à terme situé à droite de la matrice; sa tête correspondait à la région inguinale du même côté; son dos à la fosse iliaque et ses pieds, légèrement fléchis, se trouvaient vers l'hypochondre droit; l'épaule gauche à la partie inférieure de la région ombilicale, précisément dans le point où était l'ouverture fistuleuse dont il a été question. J'enlevai le cadavre avec beaucoup de précautions, et je m'occupai de suivre le cordon ombilical; celui-ci contournait le fond de l'utérus, gagnait son côté gauche et s'enfonçait là dans un lacis vasculaire en suppuration (probablement le reste du placenta), qui se trouvait au-dessous du grand épiploon. J'exprimai et j'essuyai avec une éponge le pus qui imbibait ces parties. L'utérus offrait une longueur de 3 demi pouces et une largeur de 2 demi pouces à son fond; il était d'un rose pâle et se laissait distendre aisément (1); il était d'ailleurs bien conformé. »

M. Buth ne nous donne aucun détail sur l'état des ovaires et des trompes; il eût été cependant très-intéressant de savoir si ces organes étaient ou non dans leurs conditions normales. Le fœtus extrait par cette opération avait 18 pouces de longueur; il était très-bien conformé, et tout prouvait qu'il avait été viable; ses tégumens et ses yeux offraient des traces de putréfaction.

La solution de continuité de l'abdomen fut réunie par des points de suture et pansée convenablement. Les jours suivans furent signalés par des accidens inflammatoires

(1) Ce phénomène datait probablement du dernier accouchement, à la suite duquel la matrice de cette femme, alors déjà très-faible, avait perdu la contractilité nécessaire pour revenir complètement à son volume ordinaire.

qui mirent l'existence de la malade dans le plus grand danger. Ce ne fut qu'à dater de la huitième nuit qu'on put concevoir une espérance qui se trouva réalisée par une guérison tardive, mais complète. La malade quitta son lit le 55.e jour.

2.e *Quelques observations sur l'efficacité de l'huile de térébenthine contre le tœnia; par le docteur C. F. de Pommer.* (Extr. du Journal de Hufeland, cahier de mai 1825.) — Nous possédons depuis quelque temps dans l'écorce de racine de grenadier un moyen presqu'infaillible d'expulser le tœnia du canal digestif; mais cette substance est loin d'être à la portée de tous les malades : elle exige d'ailleurs une préparation très-soignée qu'on ne peut obtenir partout. Nous croyons, en conséquence, faire plaisir à nos lecteurs en leur communiquant les observations que vient de publier M. de Pommer, et qui tendent à faire regarder l'huile de térébenthine comme possédant tous les avantages de l'écorce précitée. Ce médicament, vanté naguères par les Anglais pour le traitement du tœnia, fut déjà employé, il y a 50 ans, par les médecins suédois, et plus récemment par le professeur Osann. L'auteur nous assure qu'il en a reconnu l'efficacité dans une foule de cas où tous les autres anthelmintiques avaient échoué; qu'il n'a observé aucun effet fâcheux à la suite de son emploi, et qu'enfin il n'a jamais vu de récidive chez les malades traités par cette méthode.

I.re *Observation.* — G. K...., soldat, âgé de 21 ans, maigre, d'une stature élevée, et qui avait eu des ascarides dans sa première enfance, rendait, depuis l'âge de 10 ans, des portions de tœnia. Il avait eu recours à plusieurs médicamens purgatifs qui avaient déterminé la sortie de quelques aunes de ce ver; mais, lassé de tant d'essais pour en obtenir l'expulsion totale, il avait cessé depuis trois ans l'usage de toute espèce d'anthelmintique. Cependant les accidens morbides déterminés par la présence de l'entozo-

zoaire dont il s'agit, augmentèrent à tel point que le malade eut enfin recours aux conseils de M. de Pommer. Ce médecin trouva K.... dans l'état suivant.

Il se plaignait d'éprouver fréquemment des douleurs dans le bas-ventre, et surtout dans la région ombilicale; ces douleurs étaient accompagnées d'un sentiment de chaleur brûlante et d'un affaissement ou d'une distension de l'abdomen. L'appétit était tantôt nul, tantôt plus vif que dans l'état de santé. Le matin, avant le déjeûner, une faiblesse extraordinaire et un malaise général s'emparaient du malade; cet état était accompagné de tremblement des membres, d'efforts inutiles pour vomir, d'un sentiment de constriction à la gorge et d'une salivation abondante; accidens qui cessaient dès que K.... avait mangé, mais reparaissaient deux heures après. Le lait et les alimens préparés avec la farine étaient la seule nourriture dont le malade pût faire usage sans aggraver ses incommodités. Le pouls était fébrile, le sommeil bon, mais accompagné de rêves; les pupilles n'offraient rien de remarquable. La connaissance des faits commémoratifs rapportés plus haut décida M. de Pommer à recourir sans délai à l'emploi de l'huile de térébenthine. En conséquence, K...., sans autre préparation à ce traitement qu'une soupe maigre mangée la veille au soir, prit un matin à jeun, d'abord trois cuillérées à bouche d'huile de térébenthine, à une demi-heure d'intervalle l'une de l'autre. Les premières doses ne produisirent que quelques borborygmes. Deux autres cuillerées déterminèrent un vomissement de mucosités; elles furent suivies de trois autres encore, qui eurent pour effet une selle d'excrémens solides, au milieu desquels se trouvèrent cinq petits morceaux de tœnia. Le malade, ne se sentant nullement incommodé, prit dans l'espace d'une heure trois nouvelles cuillerées du médicament, à la suite de quoi il éprouva quelques douleurs de tête et vomit environ une demi-pinte d'un liquide bilieux. Une heure

après il voulut reprendre l'huile de térébenthine, en avala trois cuillérées à la fois, et vomit encore abondamment; mais au bout d'une demi-heure de repos, il rendit des matières fermes, verdâtres, et avec elles 5 aunes de tœnia. L'urine excrétée alors répandait une forte odeur de violette. K.... prit encore quelques cuillerées du vermifuge; mais il ne fut plus à la selle. Quelques vomissemens muqueux et un peu de vertige furent les seuls effets de ces dernières prises; le malade se trouvait déjà parfaitement dans l'après-midi; il accusait un violent appétit qu'il s'empressa de satisfaire. Dès-lors il n'éprouva plus les accidens qui avaient précédé ce traitement, et n'a cessé depuis plusieurs années de jouir d'une excellente santé. La dose totale d'huile de térébenthine employée par K.... fut de six onces.

IIe *Observation*. — M. Kœnig, âgé de 28 ans, d'une petite stature, mais assez gros, avait été sujet dans son enfance à des douleurs abdominales et à rendre à la selle des ascarides. Il s'aperçut pour la première fois, à l'âge de 19 ans, qu'il portait un tœnia dont quelques aunes sortirent un jour pendant l'excrétion des fèces. Plusieurs portions de cet animal furent encore rendues à diverses époques, et toujours sans que M. K.... éprouvât la moindre incommodité. Mais quelques années plus tard il commença à ressentir un malaise général accompagné de la plupart des symptômes détaillés dans la première observation, et d'un désordre remarquable des facultés intellectuelles. Le tœnia n'ayant pas reparu depuis quelque temps, M. K.... essaya tous les anthelmintiques les plus vantés, mais n'en obtint aucun résultat; il eut recours à l'huile de térébenthine. La première once, prise le matin, occasionna quelques coliques; la seconde, administrée deux heures après, eut le même effet et fut suivie en outre d'une selle liquide; il en fut de même de la troisième once; mais la quatrième, qui fut prise huit heures après la première, donna lieu à

un vomissement copieux de mucosités, lequel ne tarda pas à être suivi de la sortie de six aunes de tœnia. Le malade prit encore deux onces d'huile de térébenthine, qui ne déterminèrent pas le moindre accident; il dormit très-bien la nuit suivante; dès-lors ses facultés intellectuelles ont repris toute leur intégrité, et la santé s'est parfaitement rétablie.

L'auteur rapporte encore deux observations de malades qui portaient des tœnias rebelles à tous les anthelmintiques, et que l'administration de l'huile de térébenthine à haute dose délivra de ces hôtes incommodes, dont la présence dans les intestins déterminaient des accidens assez graves. M. de Pommer dit n'avoir échoué jusqu'ici que dans un seul cas. Il résulte des faits qu'il cite, que l'irritation gastro-intestinale produite par le médicament dont il s'agit, n'a jamais été portée jusqu'à la phlogose, et s'est dissipée immédiatement après la cessation de ce traitement auquel, comme on l'a vu, un seul jour suffit.

EXTRAITS DIVERS.

Extirpation d'une tumeur singulière, développée dans l'abdomen; par le docteur Amb. Basletta, *chirurgien en chef de l'hôpital de Vigerano* (1). — Madame M... M..., âgée de 40 ans environ, d'une constitution assez délicate, était mariée depuis peu d'années, et avait eu deux enfans; les menstrues étaient irrégulières et peu abondantes. Au commencement de cette année, elle s'aperçut qu'il existait au-dessous de l'ombilic, une petite tumeur de la grosseur d'une noisette; son médecin, le docteur Ayna, fit appliquer dessus un emplâtre de ciguë, et prescrivit

(1) *Annali univ. di med. di* Annibal Omodei, août 1825. (Extraits par M. Ollivier.)

cette même plante à l'intérieur, ainsi que des pilules avec l'éthiops martial, dans le but de déterminer la résolution de la tumeur, et de rendre l'écoulement des règles plus régulier et plus abondant. La tumeur, loin de diminuer, augmenta sensiblement de volume, ce qui affecta vivement la malade, dont l'appétit se dérangea, et ne tarda pas à être suivi d'un amaigrissement général très-prononcé. Le docteur Franzini, de Milan, qui fut alors consulté, proposa l'ablation de la tumeur, mais la malade ne voulut pas se soumettre à l'opération. Cependant, agitée tout à la fois par la crainte et le désir de se faire opérer, elle consulta le docteur Basletta.

La tumeur, de la grossseur d'un œuf de poule, et sphéroïde, était située à la partie supérieure de la région hypogastrique, et, pour ainsi dire à fleur de peau; elle était entraînée par son poids vers le pubis, quand la malade était debout. Lorsqu'on la pressait entre les mains, et qu'on l'attirait un peu en avant, il n'en résultait aucune douleur, mais seulement la sensation d'un tiraillement intérieur; elle était très-dure au toucher. Cet examen fit penser au docteur Basletta que cette tumeur était adipeuse ou sarcomateuse, et que son ablation ne pourrait qu'être suivie d'une issue heureuse; aussi, après avoir fait remarquer que le volume en augmentait sensiblement de jour en jour, et que le moyen curatif serait suivi sûrement de succès, il décida la malade à l'opération, qu'il pratiqua le 13 mai.

La malade étant couchée horizontalement, il fit relever la tumeur autant que possible, et fit en avant, sur sa partie moyenne, une incision, longue de six travers de doigt environ; les tégumens et la graisse qui la recouvraient furent disséqués sur les côtés et en avant; mais lorsqu'il voulut détacher sa partie postérieure, en inclinant fortement la tumeur du côté gauche de la ligne blanche, il ne fut pas peu surpris de voir qu'il venait de

pénétrer dans la cavité abdominale. Après avoir examiné avec attention, s'il n'existait aucun organe intérieur dans la tumeur, et réfléchi que cette section du péritoine, qui formait ainsi l'enveloppe de la tumeur, n'était point une lésion mortelle, il acheva d'enlever la tumeur. Il se présenta alors à l'ouverture une anse intestinale, dont on maintint aussitôt la réduction; on pratiqua la gastroraphie, la plaie fut pansée convenablement, et l'on fit administrer une potion calmante.

A l'examen de la tumeur, on reconnut qu'elle était complètement enveloppée par une membrane lisse, qui lui adhérait dans tous ses points, dont l'épaisseur était de trois ou quatre lignes, très-résistante, et présentant d'ailleurs les caractères de la membrane péritonéale épaissie. Le tissu de la tumeur qui avait l'aspect *glanduleux*, était parsemé de points noirs, très-analogue à la substance du testicule, et d'une consistance un peu plus grande.

Quelques heures après l'opération, il survint tout à coup des douleurs abdominales excessivement aiguës, accompagnées de vomissemeus, et le tiraillement des lèvres de la plaie, qui en résultait, était tellement douloureux, que M. Basletta crut devoir retirer les points de suture; aucun intestin ne se présenta à l'ouverture de la plaie, un simple bandage compressif fut maintenu à sa surface, on fit une saignée au bras; les accidens d'une péritonite s'étant manifestés les jours suivans, cette inflammation fut combattue par des applications de sangsues, de nouvelles évacuations sanguines, de légers dérivatifs, et la guérison fut complète le 25 juin. Il resta une petite hernie de la grosseur d'une noix à la partie gauche de la ligne blanche, là où existait la tumeur, et où le péritoine avait été excisé.

Les détails anatomiques que le docteur Basletta donne sur cette tumeur, ne sont pas assez précis pour qu'on puisse admettre qu'elle s'était développée, ainsi qu'il le

pense, dans la cavité péritonéale. L'enveloppe fibreuse qui la contenait, et qu'il regarde comme une partie de la membrane séreuse, ne paraît être autre chose, du moins d'après sa description, qu'un kyste fibro-celluleux, dont l'épaississement avait été causé par les applications irritantes faites sur la tumeur. D'ailleurs, dans des réflexions qui font suite à cette observation, le docteur Basletta, exprime clairement son opinion sur la nature de la maladie, qui n'était qu'un lipome : nous pensons donc que cette masse graisseuse était, comme celles qu'on rencontre assez souvent, extérieure au péritoine ; et que si cette membrane fut incisée, c'est que la portion sur laquelle s'insérait le pédicule de la tumeur, fut attirée suffisamment au dehors, soit par le poids de la tumeur elle-même, soit par la traction qu'on opéra dessus, quand on voulut la séparer de la paroi abdominale, et ce fut ainsi qu'on pénétra dans le péritoine.

Résection des deux arcades dentaires affectées d'ostéo-sarcôme, et suivie de guérison ; par le docteur GIORGI REGNOLI (1). — Rovinelli Francesca, âgée de 35 ans environ, et mère de quatre enfans, avait toujours été bien réglée ; dès son enfance elle avait été tourmentée d'odontalgies fréquentes, et qu'elle avait combattues par de simples fomentations émollientes, et en évitant soigneusement de s'exposer à l'air. Les premières dents se carièrent toutes, et celles de la seconde dentition éprouvèrent successivement la même altération sous l'influence du renouvellement des mêmes causes ; à ces accidens se joignaient souvent des érysipèles qui occupaient la tête ou le cou, et disparaissaient d'eux-mêmes. Il y avait un an que ces phlegmasies cutanées ne s'étaient manifestées, lorsqu'en novembre 1824 elle ressentit tout-à-coup une violente douleur de tête, qu'elle ne chercha pas

(1) *Annali universali di medicina*, septembre 1825.

plus à combattre que les précédentes. Les gencives étaient rouges, gonflées, douloureuses : les dents et les alvéoles des deux mâchoires étaient d'ailleurs cariées, et vers cette époque il se développa, vis-à-vis la dernière molaire inférieure du côté droit, une petite tumeur qui ne tarda pas à s'étendre et à s'ulcérer. Cette altération se propagea à toute l'étendue des gencives, extérieurement et intérieurement : la dernière molaire gauche était la seule qui ne fût pas cariée. Trois mois plus tard, cette femme s'aperçut qu'une nouvelle tumeur ou fongosité se développait sur la gencive qui entoure la dernière molaire droite de la mâchoire supérieure, et bientôt la maladie envahit de la même manière la totalité de l'arcade dentaire supérieure, sans laisser aucune dent intacte.

Quand le docteur Regnoli vit la malade, il existait un gonflement énorme des deux arcades dentaires; des fongosités roussâtres et sanguinolentes s'élevaient de toute leur surface et recouvraient toutes les dents. Les alvéoles étaient complètement ramollies. Les diamètres de la cavité buccale étaient très-rétrécis, et l'on pouvait reconnaître au toucher que la maladie était bornée à la portion alvéolaire des os maxillaires; la bouche répandait une odeur infecte. Des douleurs pongitives tourmentaient constamment la malade, et surtout quand elle faisait quelques mouvemens de mastication; le plus léger contact était très-douloureux et toujours accompagné d'écoulement de sang. La parole était altérée et la difformité apparente, malgré l'occlusion des lèvres. L'aspect de la bouche était vraiment dégoûtant; il y avait un amaigrissement général du corps, avec de la fièvre chaque soir; les fonctions de l'économie étaient altérées. Cependant toutes les parties de la face, voisines des gencives, étaient intactes. Ces différentes circonstances décidant l'opération à laquelle la malade s'était soumise avec empressement, le docteur Regnoli la pratiqua le 18 mai 1825.

La malade placée vis-à-vis la lumière, la tête appuyée contre la poitrine d'un aide qui comprimait en même temps avec ses pouces les artères labiales, la lèvre inférieure fut fendue suivant sa hauteur, et détachée latéralement de l'os maxillaire, de manière à découvrir convenablement toute l'étendue du carcinôme, et l'on donna quelques traits de scie sur la partie antérieure et la plus saillante de l'os. Le docteur Regnoli introduisit alors dans le sillon creusé par la scie, la lame d'un couteau très-fort, et en l'enfonçant à droite et à gauche, à l'aide de petits coups de marteau bien ménagés, tandis qu'on repoussait la mâchoire en bas et en avant, il enleva ainsi toute la portion affectée d'ostéo-sarcôme; il avait préalablement détaché toutes les parties molles qui adhèrent à la face interne de l'os maxillaire : on laissa seulement la dernière molaire gauche qui était intacte. Les ramifications de l'artère dentaire qui fournirent du sang furent cautérisées avec le fer rouge.

Cette première ablation faite, on maintint la lèvre supérieure relevée, et après avoir incisé circulairement la membrane muqueuse et le périoste à droite et à gauche, au niveau de la voûte palatine, le docteur Regnoli donna également quelques traits de scie à la partie antérieure de la mâchoire, et détacha de même la totalité de l'arcade dentaire. L'hémorrhagie, plus abondante ici, fut également arrêtée par le cautère actuel, et l'incision de la lèvre inférieure fut réunie par la suture entortillée. A ce moment, la malade, qui avait supporté l'opération avec un courage extraordinaire, eut une légère syncope qui ne tarda pas à se dissiper. L'examen des parties enlevées fit reconnaître que les alvéoles extrêmement gonflées avaient une couleur lardacée : les fongosités offraient l'aspect et la consistance de l'albumine endurcie.

Des douleurs violentes dans la tête succédèrent à l'opération, mais il n'y eut pas d'hémorrhagie consécutive; on

pratiqua une forte saignée. La face se gonfla beaucoup, et cet accident diminua graduellement les jours suivans : on fit prendre quelques bouillons légers. Le 28.e jour après l'opération, la cicatrisation était complète. Le 30.e, on fit l'extraction de la dernière molaire qu'on avait laissée parce qu'elle gênait la mastication, et le 22 juin (35 jours après l'opération) la malade sortit de l'hôpital.

Aujourd'hui sa santé générale est très-bonne ; la fétidité de la bouche est tout-à-fait disparue ; la cicatrice des bords alvéolaires est égale, blanchâtre, dure, et peut être comprimée sans causer aucune douleur. La malade triture facilement ses alimens ; les lèvres sont légèrement rentrées en dedans, sans causer une difficulté bien sensible ; la parole est un peu altérée, mais cette difformité se dissipe tous les jours davantage.

VARIÉTÉS.

Académie royale de Médecine (Octobre.)

ACADÉMIE RÉUNIE. — *Séance du 4 octobre.* — Présentation de trois candidats, MM. Héricart de Thury, de Lasteyrie, et Benoiston de Châteauneuf, à une place d'associé libre, en remplacement de M. Thouin décédé.

Sulfate de cinchonine. — M. Bally lit une note sur l'action du sulfate de cinchonine dans les fièvres. Les praticiens avaient, d'après l'observation seule, classé les quinquinas dans l'ordre suivant : d'abord le quinquina gris de loxa (*cinchona officinalis*) ; ensuite le quinquina rouge (*cinchona magnifolia* de Rius et Pavon, ou *oblongifolia* de Mutis) et enfin le quinquina jaune ou *calicayo* (*cinchona cordifolia* de Mutis, ou *pubescens* de Valli). L'analyse chimique, par la découverte des bases salifiables organiques, a justifié cette classification des praticiens, car le *cinchona officinalis* fournit beaucoup de cinchonine et peu de quinine ; le *cinchona magnifolia* donne presque également de l'une et de l'autre ; et enfin le *cordifolia* contient beaucoup de quinine. Toutefois, M. Bally dans 27 cas

de fièvres intermittentes, de types divers, a employé le sulfate de cinchonine, en pilules de 2 grains, faisant prendre 3 à 4 de ces pilules dans les intervalles des accès; et il a guéri les malades aussi bien et aussi promptement qu'avec la quinine; sur les 27 malades, il y avait 16 fièvres tierces, 9 fièvres quotidiennes, et 2 fièvres quartes. M. Bally croit avoir remarqué que le sulfate de cinchonine a des propriétés moins irritantes que celui de quinine, et par conséquent serait d'une application plus générale; il pense qu'il devrait être employé de préférence dans tous les cas simples.

Vaccine. — L'Académie reprend la discussion du rapport de la Commission de vaccine, sur les vaccinations effectuées en 1824 (voyez séance du 20 septembre, page 286 et suivantes du présent volume). — M. Guersent réitère le vœu qu'il a déjà émis, que la Commission aborde dans son rapport la question des éruptions varioloïdes. Trois sortes d'éruptions, dit médecin, ont été observées après la vaccine: 1.° la véritable variole, mais les exemples en sont très-rares, et à peine en citerait-on 3 ou 4 depuis 15 ans dans Paris; 2.° les éruptions varioloïdes, qui ressemblent beaucoup à la variole, comme l'indique leur nom, mais qui s'en distinguent en ce que la dessication des pustules se fait au septième jour, et en ce qu'il n'y a pas en elles de fièvre de suppuration: elles paraissent être une variole bénigne, une variole mitigée; 3.° enfin, la varicelle. —MM. Marc et Pariset font remarquer que ces éruptions varioloïdes dont on veut faire un argument contre la pratique de la vaccine, ont été observées aussi chez des varioleux.—M. Moreau, rapporteur de la Commission, assure que le rapport renferme, et ce que veut M. Guersent, et la remarque de MM. Marc et Pariset; pour le prouver, il relit le passage du rapport qui a trait aux épidémies de varioloïdes observées à Lancastre, à New-Yorck, à Edimbourg, etc.; si la Commission n'a cité aucuns faits recueillis en France, c'est que dans le petit nombre de ceux qui lui ont été envoyés, aucun ne présente assez d'authenticité: l'épidémie varioleuse de 1825 en aura probablement fourni un grand nombre, et l'analyse en sera présentée dans le rapport qui sera fait l'an prochain sur les vaccinations de 1825. — M. Dupuytren pense que les alarmes mal fondées qui ont été répandues sur la pratique de la vaccine doivent faire désirer que l'Académie n'attende pas aussi long-temps pour éclaircir l'importante question des varioloïdes, et il demande que l'Académie, tout en sanctionnant le rapport de 1824, invite la Commission à faire promptement un rapport additionnel touchant les éruptions varioloïdes. Après d'assez longs débats, cette double proposition est adoptée.

Séance du 18 octobre. — L'Académie sanctionne les nominations de MM. Robinet et Soubeyran, élus adjoints résidens de la section de pharmacie; elle procède à l'élection d'un associé libre; et entre MM. Héricart de Thury, de Lasteyrie et Benoiston de Châteauneuf, candidats présentés, elle élit M. Héricart de Thury.

Création d'une école spéciale de médecine légale. — M. Dumas, au nom de la Commission chargée de faire des expériences sur les poisons,

lit un projet de rapport à envoyer au Ministre de l'intérieur, qui avait consulté l'Académie sur l'opportunité ou l'inopportunité de fonder une école de médecine légale, que lui avaient proposée MM. Dariste de Bordeaux, et Orfila, Pelletier, Caventou et Pelletan de Paris. Selon M. Dariste, les crimes d'empoisonnement sont très-fréquens dans les colonies; et ces pays ne possédant aucuns chimistes assez habiles pour y faire les recherches propres à faire découvrir les poisons, il serait de la sagesse du gouvernement d'y envoyer des médecins, qui auraient fait auparavant en France les études convenables dans une école spéciale de médecine légale. En en faisant la demande à l'autorité, ce médecin s'appuie de l'opinion de MM. Orfila, Pelletier, Caventou et Pelletan, qui comme lui proposent une école spéciale de médecine légale, où seront reçus un certain nombre d'élèves, que l'autorité ensuite placera et dans les colonies, et près les cours royales en France. La Commission adopte les vues de MM. Dariste, Orfila, Pelletier, Pelletan et Caventou, mais en leur donnant plus d'extension encore; ce n'est pas une école spéciale de médecine légale seulement qu'elle propose, mais une *école de médecine d'application*, où seraient formés les médecins que le gouvernement consulterait dans tous les cas où il a besoin de réclamer les lumières de la médecine. Ainsi, non-seulement l'instruction puisée à cette école porterait sur la toxicologie, sur la médecine légale, mais encore sur l'hygiène publique, et la pathologie publique; par exemple, elle aurait trait sous le premier rapport, à la sophistication des alimens, aux effets insalubres des diverses manufactures, etc., et sous le deuxième rapport aux endémies, aux épidémies, etc. En un mot, la Commission part de ce double fait; que les cas dans lesquels l'autorité consulte les médecins exigent dans ceux-ci des études spéciales qu'ils ont rarement faites; et que le titre de docteur en médecine n'étant pas une garantie qu'on possède les connaissances nécessaires, l'autorité n'est plus guidée dans le choix qu'elle fait des médecins qu'elle interroge. L'école projetée remédierait à la lacune qui existe sous ce rapport, en créant de véritables médecins *fonctionnaires*. Le rapport contient un projet d'organisation de cette école, dans laquelle on ne serait admis que par concours et lorsqu'on aurait acquis le titre de docteur, et qui serait placée sous la direction de l'Académie royale de médecine. — Sur la proposition de M. le docteur Lherminier, ce rapport sera imprimé, distribué, et la discussion en est renvoyée à une des prochaines séances.

Eaux minérales. — La Commission des eaux minérales, par l'organe de M. Delens, communique deux rapports; l'un sur les eaux minérales de Cramaguet, commune de Guérande, département de la Loire inférieure; et l'autre sur celles de Chaudesaigue, près Saint-Flour. Les premières ne contiennent par litre qu'un demi gramme au plus de principes minéralisateurs; savoir, muriate de magnésie, muriate de soude et de fer, et sont trop peu actives pour qu'on en autorise l'exploitation. Les secondes depuis long-temps connues, ont partout une température élevée;

et peuvent être utiles en beaucoup de maladies chroniques; mais il est nécessaire que leur analyse soit recommencée et faite avec plus d'exactitude.

Remèdes secrets. — La Commission des remèdes secrets, par l'organe de M. Delens, propose et fait adopter le rejet de différens remèdes secrets; savoir : un *spécifique* contre les fièvres, qui n'est autre que le quinquina; un *sirop végétal antisyphilitique*, qui est formé avec les bois sudorifiques : *un vin dépuratif et antiécrouelleux*, qui ressemble à tous les médicamens proposés sous ce nom : un *savon sulfureux et antidartreux*, composé par un parfumeur : un remède *contre la goutte et le ver solitaire*, dont l'alcohol et la scammonée sont la base : un *remède contre les hernies*, consistant en deux gros de tormentille mêlés à de l'axonge : un *remède contre le cancer*, composé de poisons redoutables, de sublimé corrosif, par exemple; enfin un semblable contre les progrès du charbon et contre l'amenorrhée, etc.

Varioloïde, *vaccine* et *variole.* — M. Moreau cite un fait qui prouve combien dans les premiers jours, des varioloïdes peuvent être prises pour des varioles; une de ces éruptions s'est récemment offerte à lui chez un vacciné; il se proposait d'en inoculer la matière sur 2 enfans; mais arrivant au septième jour de la maladie pour faire cette inoculation, la dessiccation des pustules qui s'était faite tout-à-coup lui a démontré qu'il n'avait eu affaire qu'à une varioloïde. — M. Legallois entretient l'Académie d'essais qu'il a faits sur lui-même, et desquels il résulte qu'ayant eté vacciné dans son enfance, il s'est vainement inoculé à plusieurs reprises du pus de la variole (*voyez plus bas la séance de la section de médecine*).

SECTION DE MÉDECINE. — *Séance du* 11 *octobre*. — Proposition faite par M. Foissac de Paris, tendant à ce que la section de médecine de l'Académie se livre à de nouvelles recherches sur le magnétisme animal. MM. Pariset, Marc, Husson, Adelon et Burdin, sont nommés commissaires pour juger l'opportunité de cette proposition.

Méthode éctrotique de la variole. — M. Gasc lit un mémoire de M. Damiron, médecin du Val-de-grâce, relatif à l'emploi de la cautérisation dans la variole. M. Damiron employa d'abord la cautérisation sur un zona, contre lequel avaient échoué depuis trois semaines les moyens les plus appropriés, et qui était parvenu à former un ulcère de dix pouces de diamètre; ayant lavé d'abord la circonférence de cet ulcère avec une solution de nitrate d'argent, il vit qu'ainsi il en bornait les progrès; alors il lava toute la plaie, qui de ce moment changea de caractère, et marcha vers la guérison. Ayant ensuite cautérisé de même un autre zona, et l'ayant vu guérir aussi en quelques jours, il s'enhardit à employer la même méthode dans la variole. Sur cinquante-huit cas de varioles qu'il a traités dans le cours de l'épidémie actuelle, il n'a cautérisé que ceux qui lui ont présenté des symptômes graves, et le nombre en est de 37; sur ces 37, 10 sont morts. Lorsqu'il a cautérisé le premier jour de

l'éruption, quand les boutons commençaient seulement à pointiller, ces boutons presque toujours ont avorté; vers le septième jour de la maladie, on voyait la face se gonfler, se fendiller, mais rien ne s'écoulait par les gerçures; et lors de la desquammation, l'épiderme cautérisé s'enlevait par plaques, sans laisser sur la peau de cicatrices visibles, ni même de taches rouges. Lorsqu'il n'a cautérisé que le deuxième jour de l'éruption, les boutons contenant déjà un peu de liquide, ces boutons n'ont plus avorté complètement; leur développement a seulement été moindre; bien que moins gros que ceux des autres parties, ils étaient visibles sous l'escarre; lors de la suppuration, la face s'est aussi gonflée, fendillée; mais des gerçures a suinté un liquide limpide et qui avait l'odeur du pus, et souvent la desquamation a laissé sur la peau, la trace de cicatrices superficielles et de taches légèrement rouges. Enfin, lorsque M. Damiron n'a cautérisé que le quatrième jour, le procédé a été complètement inutile, le gonflement de la face s'est fait de même, les boutons ont pris sous l'escarre un grand développement, et après leur desquamation ont laissé des traces fort profondes. Quant au mode de cautérisation, M. Damiron en a essayé deux : tantôt il a lavé toute la face à plusieurs reprises avec une forte solution de nitrate d'argent, et a passé ensuite la pierre infernale sur toutes les parties lavées avant qu'elles fussent sèches : tantôt il a suivi le procédé de M. Bretonneau. Celui-ci serait, selon lui, le meilleur s'il était toujours praticable; mais comme dans la variole confluente on ne peut cautériser en même temps tous les boutons, il arrive que les voisins de ceux qui sont cautérisés prennent un accroissement plus rapide, et le but est en partie manqué; ce procédé en outre est plus douloureux que celui de M. Serres. Peu de temps après la cautérisation, il survient une chaleur vive, quelquefois même de la douleur; mais ces phénomènes cèdent à des fomentations émollientes froides, et à des applications de sangsues. M. Damiron conclut des faits de son mémoire; 1.° que la cautérisation de la face dans la variole n'empêche pas le développement des encéphalites, attendu que celles-ci ne résultent pas du gonflement de la face qui presque toujours a disparu lorsqu'elles se manifestent, mais bien de la phlegmasie gastro-intestinale qui dans la variole précède toujours celle des autres viscères; 2° que la cautérisation de la face dans la variole a au moins cet avantage, quand elle est pratiquée de bonne heure, de prévenir les grandes cicatrices, d'empêcher que les yeux se ferment et de laisser un moyen de faire avorter les boutons qui peuvent survenir sur la conjonctive et la cornée.

Le secrétaire, M. Adelon, lit une notice sur le même sujet, par M. Noble, médecin à Versailles. Sur trente variolés admis à l'hôpital de Versailles, M. Noble en a cautérisé 15 à la face, aux paupières, au voile du palais, dans les deux premiers jours de l'éruption. Dans deux malades chez lesquels la variole était peu confluente, la cautérisation a été faite avec le nitrate d'argent fondu et taillé en crayon, les boutons ayant été ouverts préalablement avec des ciseaux. Dans six autres, chez lesquels la

variole était plus confluente, on a cautérisé avec un pinceau à laver trempé dans une solution de 15 grains de nitrate d'argent dans une once d'eau, la plupart des boutons ayant aussi été ouverts préalablement avec la pointe d'une lancette. Enfin les autres malades chez lesquels la variole était très-confluente, ont été cautérisés à l'aide d'un pinceau de charpie d'un assez gros volume, trempé dans la solution et promené sur les différens points de la face, les boutons n'ayant pas été préalablement ouverts. De ces 3 méthodes, la seconde, c'est-à-dire celle avec le pinceau à laver, est la préférable, selon M Noble; mais son application est difficile dans les varioles très confluentes; on ne peut guères, dans ces varioles, qu'employer la troisième qui du reste réussit bien, si on a eu soin d'ouvrir préalablement les boutons, et qui même a l'avantage de produire une cautérisation plus égale, plus générale. Si on n'a pu ouvrir les boutons, souvent on est obligé d'effectuer une seconde cautérisation quelques heures après la première. Toutefois, quand la cautérisation a été faite dès le deuxième jour de l'éruption, les boutons ont avorté complètement, la tuméfaction de la peau du visage et de la tête a été peu considérable, et les boutons cautérisés étaient desséchés avant que ceux des autres parties du corps fussent arrivés à la suppuration. Quant, au contraire, la cautérisation a été faite plus tard, et lorsque le travail de la suppuration dans les boutons était commencé, le gonflement inflammatoire de la peau a eu lieu, mais il a été moins fort; et les boutons, au lieu de se sécher, ont laissé suinter des sérosités qui se sont desséchées en croutes peu épaisses. Aucun malade, du reste, n'a éprouvé d'acident fâcheux; la tête est restée libre, les yeux ouverts, il n'y a eu de cicatrices qu'aux boutons non cautérisés; ces boutons cautérisés ont laissé seulement des élevations d'un rouge clair. M. Noble conseille de bien nétoyer la peau avant la cautérisation, le nitrate d'argent agissant peu sur cette membrane, si elle est grasse et pleine de sueur.

Vaccine.—M. Louyer Villermé communique un lettre de M. Rapatel, médecin à Rennes, qui assure que dans cette ville on n'a vu ni variole survenue chez des vaccinés, ni même d'épidémie varioleuse depuis que la vaccine y est établie.

M. Marc propose, comme moyens propres à éclairer les questions de savoir si la vaccine n'est préservative de la variole que passsagèrement, et si le virus vaccin s'affaiblit et se détériore avec le temps, que chaque médecin fasse aujourd'hui une seconde vaccination des individus anciennement vaccinés et tienne note des phénomènes que produira cette seconde vaccination et de l'année à laquelle a été faite la première. En réunissant et comparant beaucoup d'essais de ce genre, on verrait, dit ce médecin, si les phénomènes de la seconde vaccination sont d'autant plus fréquens et plus intenses que la première vaccination remonte à une époque plus reculée, et par conséquent on pourrait juger du fondement de cette idée que le vaccin s'affaiblit par degrés, et n'a qu'une vertu anti-variolique limitée.

M. Moreau lit une note de M. Legallois, relative à des expériences que ce médecin a faites sur lui-même. Vacciné par son père à l'âge de deux

ans, et portant à chaque bras trois cicatrices que MM. Husson et Bally ont reconnu être des cicatrices de vraie vaccine, M. Legallois, le 27 septembre dernier, s'est inoculé du pus variolique pris le neuvième jour de la maladie, par 4 piqures faites à la jambe; il n'a éprouvé que des symptômes locaux fort légers, consistant en prurigo, rongeur et chaleur des piqûres; celles-ci sont légèrement saillantes le troisième jour après l'inoculation, subissent une sorte de desquamation à leur surface le cinquième et se couvrent ensuite de croûtes qui ne sont tombées que tardivement. Une d'elles offre la trace d'une petite cicatrice froncée. Bien que M. Legallois n'ait pas, dans cette expérience, contracté la variole, cependant ce médecin croit que le travail qui s'est fait dans les piqûres, diffère de celui qui se fait lors de l'inoculation de toute autre matière, et que, par exemple, il a présenté des périodes courtes d'incubation, d'état et de desquamation. En effet, s'étant inoculé par de semblables piqûres successivement; un mélange épais de gomme arabique rendu irritant par l'addition de quelques gouttes de teinture de cantharides, de la matière d'une éruption miliaire à pustules très-limpides prise chez une femme affectée depuis quelques jours de symptômes ataxiques très-graves; du sérum du sang de cette même femme retiré par une saignée; enfin de la teinture de cantharides toute pure; dans aucun de ces cas, les piqûres n'ont présenté le travail local, faible sans doute, mais régulier, qui existait dans celles qui avaient servi à l'inoculation de la variole. Legallois a une seconde fois, le 10 octobre dernier, recommencé son expérience; il s'est inoculé d'abord du pus variolique par six piqûres à chaque bras, et quelques jours après du pus d'un phlegmon par 4 piqûres au mollet. De ces piqûres, les premières offrirent un travail, local sans doute, mais qui offrait plus sensiblement encore que dans la première expérience, l'apparence de trois stades régulières d'incubation, d'état et de desquamation. M. Legallois attribue la plus grande énergie de ce travail local, à ce que l'inoculation fut faite cette fois plus près des centres nerveux et circulatoire. Les piqûres dans lesquelles le pus phlegmoneux avait été introduit n'offrirent rien de semblable. L'application du pus variolique à la surface d'un vésicatoire, ne réussit pas mieux à donner la variole. M. Legallois conclut donc de ces expériences, qu'en considérant comme développement de pustules varioleuses, le travail qui s'est fait dans les piqûres, la vaccine a au moins l'avantage de localiser les effets de la variole et d'en rendre les effets plus bénins. Il cite à l'appui de cette idée les faits de deux élèves en médecine vaccinés, qui, pour avoir disséqué des cadavres de varioleux, ont été atteints d'un ou plusieurs boutons varioleux à la main. Enfin, il en serait de même d'une variole antécédente, à juger d'après le témoignage de M. le docteur Leroux, qui bien qu'ayant eu anciennement la variole, ne put pendant longtemps approcher de varioleux sans voir se développer quelques boutons de variole autour de ses poignets. M. Moreau fait suivre la lecture de la note de M. Legallois du récit de quelques faits qui lui sont personnels; il a

eu la variole dans son enfance, et il s'est vainement inoculé il y a cinq semaines la vaccine : ayant essayé plus de trente fois cette seconde vaccination chez des sujets qui avaient eu la vaccine une première fois, jamais il ne l'a vu produire aucun effet.

M. Ségalas cite des expériences de M. Fleury, analogues à celles de M. Legallois; ce médecin, vacciné il y a vingt ans, s'est aussi inoculé d'abord la vaccine, et quelques jours après la variole. La première inoculation n'a déterminé qu'une fausse vaccine, et la seconde une simple irritation locale.

M. Piorrry cite le fait d'un médecin vacciné, qui a cette année disséqué impunément beaucoup de cadavres de varioleux. = M. Laennec dit que bien qu'il soit reconnu que la vaccine ne prend que difficilement chez les individus qui ont eu la variole, comme le confirme l'expérience qu'a faite M. Moreau sur lui-même, cependant on en a quelques exemples, entr'autres celui de M. Ansiaux, chirurgien à Liège.

M. Salmades en appelle sur tous ces points à la série des rapports publiés chaque année par l'ancien comité de vaccine; dans ces rapports le comité est allé au-devant de toutes les objections et les a résolues; il a fait toutes les expériences, toutes les épreuves et contre épreuves possibles, et toujours il a trouvé la vaccine préservative de la variole. Une fois, 120 enfans vaccinés ont été, six mois après, soumis vainement, d'abord à une seconde vaccination, et ensuite à l'inoculation de la variole.

MM. Sédillot et Marc citent des faits qui prouvent avec quelle facilité des éruptions varioloïdes peuvent être prises pour des varioles, et faire croire conséquemment que la vaccine n'a pas été préservative. Dans ces faits, on n'a été détrompé que parce qu'on a vainement tenté l'inoculation de la vaccine prétendue varioleuse, ou parce que l'on a vu cette éruption se dessécher bien plus promptement que celle de la variole. M. Sédillot, pour prouver de plus en plus l'opposition de la vaccine et de la variole, et par conséquent la puissance que la première a de neutraliser la seconde, avance même que quand ces deux éruptions se font à la fois sur le même individu, les boutons de l'une et de l'autre semblent se fuir, et que, par exemple, jamais, dans les individus qui ont la variole après la vaccine, les boutons varioleux ne se développent sur les cicatrices de la vaccine. Mais MM. Husson et Leroux contredisent cette dernière assertion, et assurent avoir vu des boutons de variole développés au centre même de ceux de la vaccine.

Variole. — M. Devilliers donne des détails sur la marche de l'épidémie varioleuse actuelle dans le douzième arrondissement de Paris. Elle date du commencement de l'année, et depuis, la mortalité qui en a été la suite a toujours été croissante : par exemple, il est mort de la variole, dans le douzième arrondissemant, 12 individus en mai, 22 en juin, 45 en juillet, 70 en août, et 81 en septembre. Parmi les morts aucun n'avait été vacciné. Le curage de la Bievre qui s'est fait cette année n'a pas rendu l'épidémie plus meurtrière dans les rues qui avoisinent cette rivière;

mais elle l'a toujours été plus chez les individus mal nourris, malpropres et encombrés en certain nombre dans une même habitation. L'ouverture des cadavres a présenté le plus souvent des traces de phlegmasie dans les gros intestins, une fois un hydrothorax double et chez les enfans des suppurations au larynx.

M. Collineau donne de semblables détails relativement au sixième arrondissement : depuis 4 mois le nombre des varioleux et des morts par la variole, y a toujours augmenté ; mais aucun n'avait été préalablement vacciné.

M. Tanchou présente plusieurs pièces d'anatomie pathologique, consistant en cœurs et artères pris sur des individus morts de la variole et qui sont enflammés. Sur plus de 50 cadavres de varioleux, que M. Tanchou a ouverts, il a constamment trouvé la face interne du cœur et des artères plus ou moins enflammée. Cette inflammation se développe par plaques ou bandes dans la longueur de ces vaisseaux, dont la membrane interne est alors plus épaisse et d'une couleur qui varie du rose au rouge-cramoisi. Le plus souvent elle est bornée au cœur et aux artères principales ; mais d'autres fois, elle s'étend aux plus petites artères même et aux veines, mais seulement à celles qui avoisinent le cœur, ce qui semble prouver que cette inflammation commence par cet organe, et delà s'étend aux vaisseaux. Tantôt elle n'occupe que la membrane interne de ces vaisseaux, tantôt elle s'étend à toute l'épaisseur de leurs parois. Elle a paru plus intense, et souvent même bornée aux vaisseaux qui se rendent aux points de la peau où la variole est plus abondante. Ces vaisseaux enfin sont toujours pleins de caillots de sang ou de fibrine. On ne peut du reste regarder cet état de rougeur du cœur et des artères comme un phénomène cadavérique, car souvent les ouvertures ont été faites peu d'heures avant la mort, le cadavre étant encore chaud, et souvent on a trouvé les artères qui étaient placées sur un même plan diversement colorées. M. Tanchou conclut de ces recherches, que les varioleux succombent le plus souvent à l'inflammation des vaisseaux artériels et veineux, et il pense qu'il en est de même dans les autres fièvres éruptives.

Oblitération accidentelle du vagin. — M. Ségalas présente une femme de 28 ans, dont le vagin s'est oblitéré complètement il y a quatre ans, à la suite d'un accouchement laborieux. Depuis cette époque, il ne s'est fait aucun écoulement menstruel ; mais tous les mois ou tous les deux mois, il survient des symptômes de pléthore qui nécessitent des évacuations sanguines. La femme a l'hypogastre fort saillant, un éraillement de la ligne blanche et une hernie ventrale d'un gros volume.

Séance du 25 octobre. Emploi de l'émétique à l'extérieur en plusieurs maladies. — Mémoire de M. Bertrand, médecin au Pont du Château ; rapport de MM. Fouquier, H. Cloquet et Boisseau. Les observations rapportées dans le mémoire sont au nombre de 13, 4 de coqueluche, 3 de fièvres ou intermittentes ou continues, et 6 d'engorgement de la rate avec ou sans fièvre et gastro-entérite. Dès les premières, M. Bertrand conclut

que la pommade d'Autenrieth (un gros d'émétique sur une once d'axonge) employée en frictions sur l'épigastre, est très-utile dans la coqueluche, et d'autant plus surtout que cette maladie s'éloigne de l'état aigu. A l'occasion des trois suivantes, M. Bertrand établit que toutes les fièvres sont des gastro-entérites, et que sur 1200 fièvres qu'il a traitées par les sangsues, les frictions stibiées et le sulfate de quinine après la chute de l'inflammation, il n'a perdu que 9 malades. Enfin, dans les six dernières, il montre les engorgemens de la rate se résolvant, et tous les phénomènes qui en étaient la suite se dissipant, par l'emploi alternatif et souvent réitéré des sangsues et des frictions stibiées sur le point qui correspond à l'engorgement.

A l'occasion de ce rapport, divers membres de la section citent des faits, les uns favorables, les autres contraires à l'emploi de l'émétique à l'extérieur. —M. Louyer-Villermé a employé la pommade stibiée contre une coqueluche épidémique qui avait attaqué presque tous les enfans d'un pensionnat, et bien qu'il ait persisté dans son usage aussi long-temps que possible, il n'en a retiré aucun avantage. M. Husson, au contraire, a toujours trouvé la pommade stibiée efficace dans cette maladie; la coqueluche a eu moins de durée, d'intensité; et les enfans ont plus souffert de l'éruption pustuleuse provoquée par le médicament que de la coqueluche elle-même.—M. Désormeaux fait remarquer qu'il en est de la coqueluche comme des autres maladies épidémiques; que dans chaque épidémie elle revêt un caractère particulier qui la rend rebelle à un remède qui, dans un autre cas, avait réussi contre elle; et, par exemple, il a reconnu que cette année elle cède moins à la pommade stibiée qu'à la méthode antiphlogistique.—M. Itard met cette pommade au rang des plus puissans révulsifs, mais seulement quand elle est employée de manière à provoquer une abondante éruption de pustules; cependant elle lui a paru être plus utile dans les coqueluches sporadiques que dans les épidémiques. Aux frictions faites avec cette pommade, il préfère l'application d'un emplâtre saupoudré d'un mélange d'émétique et de camphre, et duquel il a retiré surtout de grands avantages dans les cas de gastro-entérite chronique; cet emplâtre provoque une éruption de pustules assez semblables à celles de la vaccine, et qui, sous ce rapport, mériteraient d'être étudiées avec soin. — M. Ferrus cite un cas de coqueluche qui avait résisté à tous les moyens connus, qui céda aux frictions de pommade stibiée, mais dans lequel les pustules survenues à la suite des frictions ressemblaient, non à celles de la vaccine, mais à celles de la variole. —MM. Piorry et Villeneuve appellent l'attention de la section; le premier sur l'empoisonnement auquel peut donner lieu l'emploi de la pommade stibiée; le second sur les accidens locaux souvent fort graves qu'il occasionne, savoir, pustules fort étendues suivies de larges escarres, ne guérissant qu'après un long temps, en produisant beaucoup de douleurs et en laissant de grandes cicatrices. — M. Renauldin vante particulièrement la pommade stibiée contre les gastrites chroniques, mais en y

faisant entrer une dose plus forte d'émétique, trois gros sur une once d'axonge, et en poussant les frictions de manière à faire développer une abondante éruption de boutons, et à déterminer une ulcération qui employe un long temps à se guérir.—M. Gérardin rappelle, que c'est par l'emploi de la pommade stibiée que feu Béclard se traita d'une gastrite chronique dont il avait guéri, et dont l'existence a été mise hors de doute par la cicatrice qui a été trouvée dans l'estomac de ce professeur : quant à ce qui concerne son utilité dans la coqueluche, depuis 15 ans M. Jadelot l'emploie à l'hôpital des Enfans, et elle ne lui a paru avantageuse que quand la coqueluche était jointe à une gastrite ancienne. — M. Baron partage en ce dernier point l'opinion de M. Gérardin ; et pour ce qui est des gastrites chroniques, il pense que les effets de la pommade stibiée sont fort chanceux, les révulsifs placés près du siége des maladies chroniques étant aussi souvent nuisibles qu'avantageux. —M. Parsiset a employé depuis un mois, et avec quelque apparence de succès, la pommade stibiée, à petite dose, contre l'épilepsie. — M. Villermé a eu recours à l'emplâtre saupoudré d'émetique dans des bronchites, et il a toujours, par ce moyen, suspendu la toux. — M. Merat a vu les frictions stibiées provoquer des éruptions, non-seulement au lieu où elles étaient pratiquées, mais encore sur le reste du corps : M. Husson veut expliquer ce fait, en disant que les malades, en se grattant, ont transporté au loin des portions d'émétique qui étaient restées sur la place frictionnée ; mais on lui objecte qu'il a été observé sur des enfans au maillot, et quand, au lieu de la pommade, on avait employé l'emplâtre saupoudré d'émétique.—Enfin, M. Deleus fait remarquer ; d'abord que Jenner a conseillé les frictions stibiées contre la manie et a rapporté quelques cas de succès ; ensuite que la formule primitive d'Autenrieth n'est pas, comme on l'a dit, 1 gros d'émétique sur 8 d'axonge, mais de 8 gros de l'une sur 16 de l'autre.—La section décide le renvoi du Mémoire de M. Bertrand à la Commission de thérapeutique.

Constitution médicale. = Mémoire de M. Prathernon, médecin à Vésoul, intitulé : *Tableau sommaire des maladies dominantes dans une partie de l'arrondissement de Vésoul* (Haute Saône), *depuis* 1815 *jusqu'en* 1824 ; et rapport sur ce Mémoire, par MM. Alard, Leveillé, Keraudren, Husson et Miquel. Le Mémoire de M. Prathernon est un tableau sommaire des maladies que ce médecin a observées pendant les neuf premières années de sa pratique, d'abord à Jussey et autres villages voisins de Vésoul, et ensuite à Vésoul même. Les observations sont trop peu détaillées, et il est souvent impossible de saisir d'après elles, non-seulement le rapport entre les maladies dont elles sont la description et les causes topographiques et atmosphériques qui les ont produites, mais encore quelle est leur nature et par conséquent la valeur du traitement qui leur a été appliqué. Toutefois, M. Prathernon a terminé son travail par quelques propositions qui touchent aux questions les plus importantes de la science ; savoir : que dans la plupart des fièvres continues, surtout les

plus graves, il existe une phlogose de la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins; mais que cette phlogose gastro-entérique est susceptible de présenter autant de variétés sous le rapport de sa nature, de ses symptômes, de sa durée, que les exanthèmes cutanés; que, par exemple, cette inflammation des muqueuses consiste souvent en une secrétion abondante et viciée, une espèce de catharre auquel participent les glandes annexées au canal digestif, et qui réclame les évacuans émétiques et purgatifs.

Section de Chirurgie. — *Séance du 13 octobre* — Lecture d'un Mémoire de M. Baudelocque neveu, *sur les fausses eaux considérées par rapport à l'accouchement;* d'une observation de M. Boulu, sur *un cas de corps étranger* dans l'œsophage; d'une observation de M. le docteur Mayeux, d'Évreux, sur *un cas de rupture du tendon d'Achille* — Nous remettons à parler de ces différens travaux, lorsque seront faits les différens rapports auxquels ils donneront lieu.

M. Cullerier, pour appuyer la préférence qu'il a dit, dans la séance du 15 septembre, devoir être accordée dans les rétrecissemens de l'urètre aux bougies de gomme élastique (voyez pag. 294 et suivantes du présent volume), présente à la section des modèles de celles dont il fait usage et qui lui réussissent toujours. Ces bougies ne sont pas coniques, mais d'abord très-fines et d'une grosseur uniforme jusqu'à une certaine distance au-dessus de l'extrémité; ensuite elles grossissent presque subitement et prennent une forme à peu près cylindrique.

Séance du 27 octobre. — *Perforations spontanées de l'estomac.* — MM. Amussat, Forestier et Murat font un rapport sur trois observations de perforations spontanées de l'estomac, offertes à la section par M. Canuet, chirurgien en chef de l'hospice des Vieillards de Sainte-Périne à Chaillot. Dans l'une de ces observations, la malade est une femme âgée de 36 ans, enceinte de 8 mois, et qui, pendant tout le cours de sa grossesse, éprouva une douleur constante à l'épigastre : cette femme est tout-à coup saisie de coliques violentes et meurt au bout de de 2 heures, ayant cependant mis au monde son enfant vivant. L'ouverture du corps, faite 24 heures après la mort, fit voir dans l'estomac, vers la partie moyenne de ce viscère, près de la grande courbure, une perforation de la largeur d'une pièce de dix sous. En arrière, existait une ulcération de la largeur d'un pouce, mais dont les bords adhéraient au diaphragme, immédiatement au-dessus des piliers de ce muscle. Évidemment la membrane muqueuse n'existait plus en cet endroit, où elle formait un anneau épais, arrondi et blanchâtre. La deuxième observation est celle d'un homme de 67 ans, que l'on traitait depuis long-temps pour une affection organique chronique de l'estomac, et qui mourut tout-à-coup en deux heures, après des efforts de vomissement. A l'ouverture du corps on trouva deux perforations de l'estomac; l'une près du cardia qui communiquait avec le côté gauche de la poitrine par une ouverture accidentelle du diaphragme, et qui avait donné lieu à un épanchement des matières alimentaires dans ce côté du thorax;

l'autre près du pylore, ayant plus d'un pouce de diamètre, par laquelle il s'était fait un épanchement dans l'abdomen, et qui donnait passage à à une tumeur cancéreuse ulcérée de la grosseur d'une noix. Tout autour de ces perforations, la membrane muqueuse était dure, squirrheuse et même ulcérée. Les commissaires croient que les perforations de cette observation ne sont que des déchirures des parois désorganisées de l'estomac. Enfin, le sujet de la troisième observation est un homme de 63 ans, qui a succombé au quatorzième jour d'une maladie dans laquelle se confondaient les symptômes d'une gastrite et ceux d'une méningite. L'ouverture du corps fit voir une perforation de l'estomac, de deux pouces de diamètre, située au-devant de la grosse extrémité de ce viscère, immédiatement au-dessous du cardia ; la membrane muqueuse de cet organe était extrêmement enflammée et tout le tube intestinal offrait aussi des traces d'inflammation. Autour de la perforation, la muqueuse avait comme disparu. M. Canuet croit que la perforation ici a été la suite de la terminaison par gangrène de l'inflammation de l'estomac, et il pense qu'elle se fit cinq jours avant la mort, après des efforts de vomissement qui ne se remontrèrent plus depuis, probablement parce que dès-lors les matières s'épanchèrent dans le ventre.

La Section entend la lecture de plusieurs autres mémoires, dont nous ne parlerons qu'à l'occasion des rapports auxquels ils donneront lieu, savoir : *Observation sur un abcès de l'œsophage*, par M. le docteur Barras; *Note* sur une matrice qui, dans l'épaisseur de sa paroi antérieure présente un canal qui, partant de la cavité du col, va aboutir à l'une des trompes, par M. Baudelocque, jeune : *Mémoire sur le debridement dans le traitement de plusieurs maladies chirurgicales*, par M. le docteur Boulu; enfin, *Observation d'un cas de brisement de calcul vésical. suivi de l'expulsion complète de ce calcul*, par M. le docteur Brousseau. A l'occasion de ce dernier Mémoire, M. Richerand fait voir un calcul du poids de 6 gros qu'il a extrait chez un enfant de cinq ans.

M. Amussat présente une pièce anatomique qui semble prouver que le nerf lacrymal provient, non de la branche ophthalmique de Willis, comme on l'a dit, mais du nerf pathétique.

Section de Pharmacie. Séance du 1.er octobre. — Calculs. — M. Caventou a analysé un calcul vésical de cochon, et l'a trouvé composé de 99 parties de phosphate ammoniaco-magnésien, et d'une partie de ciment animal. Ce chimiste croit que la cholesterine ne se rencontre que dans les concrétions morbides des animaux ; mais M. Laugier oppose à cette assertion que M. Chevreul a trouvé cette substance dans la bile de plusieurs animaux sains.

Rapport de MM. Boullay et Henry, sur un couteau ou cisaille à tranchant circulaire, proposé par MM. Arnheiter et Petit, mécaniciens, pour couper les racines. Les rapporteurs préfèrent ce couteau, qui a la forme des cisailles de jardinage nommés sécateurs à tête de compas, à celui qu'a proposé M. Guilbert.

M. Virey présente à la Section des échantillons de ces petits tubercules arrondis qu'on importe d'Alexandrie d'Egypte en France, sous le nom d'*abelasie ;* il dit les avoir reconnus pour les tubercules du souchet comestible, *cyparus esculentus*, L. M. Desfontaines en porte le même jugement. On les mange en Orient, et ils sont moins gros et moins noirs extérieurement que ceux qui sont apportés du Sénégal.

Opium. — M. Robiquet présente quelques remarques sur la nouvelle analyse de l'opium, par l'action des solutions aqueuses de muriate de soude, d'après le procédé de M. Robinet. (*Voyez* tome IX, page 61 et suiv.) Ce chimiste ne pense pas que les alkalis organiques soient dans les végétaux combinés aux acides ordinaires, mais bien à des substances particulières qui remplissent les mêmes fonctions, telles que les principes colorans : les acides des végétaux se combineraient de préférence aux terres, ou aux alkalis fixes des plantes. Ayant répété les expériences de M. Robinet pour isoler la morphine de l'opium, il obtint d'abord un précipité poisseux ; et la liqueur surnageante filtrée, soumise à l'ébullition, et traitée par l'ammoniaque, ne précipita que fort peu de morphine : ce qui resta de la liqueur laissa déposer un précipité grenu, qui, purifié et examiné, fut reconnu être du *muriate de morphine.* L'acide hydrochlorique n'avait pu être fourni que par le sel marin, M. Robiquet pense donc que le prétendu codéate de morphine n'est qu'un muriate de morphine, bien reconnaissable, soit par les vapeurs qu'il exhale avec l'acide sulfurique concentré, soit par le précipité qu'il donne par le nitrate d'argent. Le méconate de soude annoncé par M. Robinet, résulte d'un échange de bases, ce qui arrive fréquemment dans les combinaisons complexes. — M. Pelletier dit que depuis son rapport sur le travail de M. Robinet, il a reconnu aussi que le codéate est un muriate.

Séance du 15 octobre. — Fermentation des mélasses de betterave. — MM. Derosne et Boudet font un rapport sur une note de M. Tilloy, pharmacien à Dijon, relative à un procédé propre à empêcher la fermentation des mélasses de betterave. On sait que souvent le produit en alcohol tiré de ces mélasses est faible, et qu'il se dégage alors du gaz nitreux qui s'oppose à la fermentation : le même phénomène s'observe aussi quelquefois sur la fin de la cuite des sirops de betterave : or, M. Tilloy a remarqué que quel que soit l'état acide ou légèrement alcalisé de ce sirop, il y a dégagement de gaz nitreux et suspension de toute fermentation, de toute production d'alcohol, quand on le délaye dans six ou sept fois son volume d'eau, et à l'aide de la levure. Dès-lors, pour éviter la production du gaz nitreux, il a imaginé de faire bouillir le sirop avec le double de son poids d'eau, et environ trois ou quatre centièmes d'acide sulfurique, ce qui dégage beaucoup d'acide carbonique, et ensuite d'ajouter de la levure ; en effet, il a vu ainsi s'établir une fermentation alcoholique régulière, qui a donné les meilleurs produits, et sans aucun dégagement de gaz nitreux. Les commissaires, en applaudis-

sant au travail de M. Tilloy, remarquent, 1.° que son procédé se trouve depuis plusieurs années consigné dans un ouvrage de M. Mathieu Dombasle, sur la fabrication du sucre de betteraves, avec la différence que ce savant agronome emploie moins d'acide sulfurique et ajoute moins d'eau. 2.° Que ce procédé contredit l'opinion de M. Descroizilles, qui attribuait le dégagement du gaz nitreux dans le suc de betteraves, à l'addition de l'acide sulfurique qui, disait-il, décomposait quelques nitrates.

Élection de MM. Robinet et Soubeyran, comme adjoints-résidens de la Section.

Lecture d'un mémoire de M. Dublanc, relatif à la recherche de l'acétate de morphine dans les liquides animaux. Dans ce mémoire, il est établi qu'on n'a pu retrouver cette substance ni dans le sang, ni dans l'urine d'une personne qui faisait un usage journalier considérable d'opium et d'acétate de morphine.

Séance du 29 octobre. — *Opium.* — M. Robinet lit une note contenant des *Réflexions critiques sur sa nouvelle analyse de l'opium.* — Il établit dans cette note que la morphine est, dans l'opium, combinée avec l'acide méconique, et que, par l'addition d'une solution de muriate de soude, il se forme, d'un côté, muriate de morphine, et de l'autre méconate de soude. Il reconnaît donc la justesse des observations faites sur ce sujet dans la séance du premier octobre, par M. Robiquet. Une discussion s'engage à l'occasion de cette lecture. M. Caventou ne croit pas que le procédé de M. Robinet puisse servir à manifester davantage l'existence des alcalis végétaux tout formés dans diverses substances. M. Pelletier exprime une opinion contraire. M. Robiquet fait remarquer qu'aucun alcali végétal n'est présent dans un produit naturel, sans qu'on y rencontre également quelque base à sel d'ammoniaque. M. Pelletier oppose à cette assertion, que dans l'analyse de l'opium par le procédé de M. Robinet, il ne se fait cependant aucun dégagement d'ammoniaque. M. Chevalier fait observer aussi que la plupart des végétaux sont ammoniacaux, les *chenopodium* sur tout, et que tous sont bien loin d'offrir dans la même proportion des alcalis organiques.

Lecture d'un mémoire de M. Chatelain, pharmacien à Toulon, *sur la conservation et la reproduction des sangsues.* Nous en rendrons compte lors du rapport auquel ce mémoire donnera lieu.

Rhubarbe. — Dans ces derniers temps, M. Nani avait cru reconnaître un nouvel alcali végétal qu'il a appelé *rhabarbarine*, et qu'il avait dit susceptible de crystallisation. M. Caventou a répété les expériences du chimiste italien, et a vu que la rhabarbarine n'était rien moins qu'un alcali, et que le prétendu sulfate de rhabarbarine contenait même des substances fort étrangères aux sulfates, par exemple du sulfate de chaux. Recherchant la composition de l'extrait alcoholique de rhubarbe, il y a découvert, à l'aide de l'alcohol et de l'éther, soit séparés, soit réunis, une matière grasse contenant un peu d'huile volatile odorante, et un principe colorant jaune qui peut se crystalliser, se sublimer sans se dé-

composer, et qui étant dans la rhubarbe ce que sont le piperin dans le poivre, le gentianin dans la gentiane, peut être appelée *rhabarbarin*. Il existe en outre dans cet extrait une substance brune, insoluble dans l'eau, à son état de pureté, mais qui, combinée avec le rhabarbarin, acquiert la propriété de s'y dissoudre, et forme une combinaison qui est le *caphopicrite* de quelques chimistes, la rhabarbarine de Psaff. De ce fait, qui a son analogue dans plusieurs autres extraits, par exemple, dans celui du bois de Campêche, où l'hématine est unie à un autre principe; dans celui de gentiane où le gentianin est combiné avec une matière glutineuse, M. Caventou conclut que parmi les substances végétales, les unes jouent le rôle d'acide, les autres celui d'alcali, et qu'elles produisent par leur union des composés mixtes qu'on doit assimiler, sous plusieurs rapports, aux substances salines.

Notice nécrologique sur M. GIRARD *fils, professeur d'anatomie et de physiologie à l'École royale d'Alfort.*

M. Girard fils, professeur d'anatomie et de physiologie à l'école vétérinaire d'Alfort, inspecteur vétérinaire, Membre de l'Académie royale de Médecine, et l'un des collaborateurs des *Archives*, est mort, le 22 octobre 1825, à l'âge de 29 ans.

Au moment où la médecine vétérinaire, plus éclairée sur sa dignité et sur l'importance de ses travaux, fait partout de nobles efforts pour sortir des routes étroites où elle a marché si long-temps, et s'élever au rang distingué qu'elle doit occuper parmi les sciences, aucune perte ne pouvait être plus funeste pour elle, plus douloureuse pour tous ceux qui s'intéressent à ses progrès, que celle du jeune et savant professeur, qui fut, sinon le premier auteur, du moins l'un des promoteurs les plus actifs de cette grande impulsion.

M. Girard fils était né à Paris, le 29 mars 1796.

Entré à 15 ans et demi, à l'école vétérinaire d'Alfort, où son père était alors professeur d'anatomie, il se fit remarquer bientôt par son application et ses succès. Il occupa toutes les premières places, et remporta tous les prix; il obtint au mois de novembre 1814, le diplôme de maréchal vétérinaire, et au mois de mai 1816, celui de médecin vétérinaire.

Ce fut alors qu'entraîné par un vif désir d'acquérir de nouvelles connaissances, il résolut pour la première fois d'étudier la médecine, et suivit pendant deux ans les cours de la Faculté.

Nommé inspecteur vétérinaire au mois d'octobre 1818, il fut attaché en cette qualité au dépôt général des remontes à Caen, et profita de cette occasion pour visiter les haras du Pin. Il composa à cette époque un excellent mémoire sur le cheval Normand, mais il ne l'a jamais publié.

M. Girard fils revint à Paris en 1819, dans l'intention de poursuivre

avec ardeur ses études médicales ; reçu élève externe des hôpitaux civils, il se préparait à concourir pour l'internat, lorsque vint à vaquer la chaire d'anatomie de l'école vétérinaire d'Alfort, que M. Girard son père avait occupée pendant 24 ans.

Seul candidat pour cette place, il subit toutes les épreuves du concours d'une manière brillante, et fut nommé à l'unanimité des voix, pour remplir la chaire vacante. MM. les professeurs Chaussier et Béclard, juges de ce concours, comblèrent d'éloges M. Girard fils, et félicitèrent l'école d'Alfort de ce qu'elle possédait dans son sein un jeune homme aussi distingué.

Ce fut à partir de ce moment que commencèrent véritablement les travaux les plus importans de M. Girard fils. Les connaissances positives qu'il avait recueillies dans l'étude de la médecine et de l'anatomie humaine, les idées plus larges que la pratique de cette science lui avait inspirées, devinrent pour lui une source féconde d'applications utiles à la médecine vétérinaire. Dans le cours d'anatomie qu'il fit à l'école d'Alfort en 1822, il démontra, pour la première fois dans cette école, l'anatomie des divers tissus. Jamais les grandes découvertes de Bichat n'y avaient été enseignées avant lui ; chose incroyable ! Dans une école où la dissection journalière des animaux semblait devoir jeter un grand jour sur l'anatomie, on ignorait encore ce qui était devenu vulgaire depuis 20 ans dans les écoles de médecine ! Aussi peut-on dire que les leçons anatomiques de M. Girard fils furent en quelque sorte le commencement d'une ère nouvelle pour la médecine vétérinaire.

Rapprochant sans cesse par des travaux communs l'une et l'autre de ces deux sciences, il rendit à toutes les deux d'importans services.

En 1823, il inséra dans les Archives un mémoire *sur les aponévroses abdominales*.

Il y analysa aussi le traité de M. Hurtrel d'Harboval *sur la clavelée*.

En 1823, l'Académie royale de médecine l'admit dans son sein.

En 1824, il entreprit de concert avec M. le professeur Royer Collard, la rédaction d'un Journal de médecine vétérinaire, destiné à répandre de toutes parts les connaissances nouvelles, et à entretenir, par un échange continuel de travaux et de lumières, une liaison active entre la médecine vétérinaire et la médecine humaine ; entreprise importante, et qui devint bientôt indispensable aux études vétérinaires.

Il inséra dans ce Journal plusieurs mémoires originaux, tels que les *moyens de reconnaître l'âge dans le cheval*, un rapport *sur la fluxion périodique*, des considérations générales *sur les fièvres dites essentielles dans les animaux domestiques*.

Il y fit aussi l'analyse de divers ouvrages, ent'autres de celui de M. Percivall, intitulé *Leçons de Médecine vétérinaire*. Enfin, il publia en 1825, une *Notice sur la vie et les ouvrages de Flandrin*.

En quelques années, la médecine vétérinaire fit d'étonnans progrès ; une impulsion nouvelle était donnée ; M. Girard fils, quoique malade

et languissant, ne négligeait aucun moyen de communiquer aux autres l'ardeur qui l'animait; rien n'arrêtait son zèle; jaloux d'atteindre le but qu'il se proposait, et cependant, profondément inquiet de sa santé, et déjà plein de sombres pressentimens sur sa fin prochaine, il semblait vouloir regagner par son incroyable activité le temps qu'il n'osait espérer de l'avenir. Il se préparait à publier un traité d'anatomie générale et une physiologie vétérinaire, lorsqu'une mort tragique vint le surprendre tout-à-coup, et l'enlever aux nobles projets qui l'occupaient tout entier.

Un jeune homme était mort presque subitement à l'école d'Alfort d'une affection gangréneuse. M. Girard fils en fit l'autopsie lui-même, et se piqua avec la pointe de son scalpel.

Au bout de quelques jours, une pustule de mauvais caractère se manifesta au lieu de la piqûre. Des accidens généraux vinrent compliquer cette affection locale, et, malgré tous les soins de l'art le plus éclairé, de l'amitié la plus tendre, il expira le 22 octobre 1825, laissant après lui, plongés dans une douleur profonde, son père, et une jeune femme, à laquelle il n'était uni que depuis quelques mois.

Ce n'est pas seulement pour les vétérinaires que cette perte est irréparable; la médecine elle-même a vivement ressenti un coup si funeste; et déjà, par les services que M. Girard avait rendus à ces deux sciences, on pouvait apprécier l'importance de ce qu'il aurait fait un jour.

— La société médicale de Douai propose, pour sujet d'un prix à décerner le premier décembre 1826, la question suivante :

« De l'emploi des révulsifs dans le traitement des inflammations aiguës des organes de la respiration, et dans celui de la gastro-entérite; » en déterminer le choix et le mode suivant les différens cas et particulièrement le temps de la maladie le plus convenable à leur application. »

Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 200 francs.

Les ouvrages envoyés au concours devront être adressés dans les formes ordinaires, à M. Boulanger, secrétaire de la société médicale de Douai, pour le premier septembre 1826, terme de rigueur.

BIBLIOGRAPHIE.

Observations sur les maladies des enfans; par M. VÉRON, *D. M. P.*, *etc.* (*Premier cahier.*)

M. le docteur Véron, placé assez long-temps comme élève interne à l'hospice des Enfans-Trouvés, a utilisé son séjour dans cet établissement en recueillant un grand nombre d'observations sur les maladies qui se

développent dans la première période de la vie : ce sont les résultats de ces diverses recherches qu'il publie sous forme de fascicules, renfermant des mémoires détachés relatifs à différens points de pathologie. Ces mémoires, ceux du moins renfermés dans le premier cahier, ont été lus à l'Académie royale de Médecine, et sont devenus l'objet de rapports faits par quelques membres de cette compagnie. Le premier mémoire qui, par sa brièveté, échappe à l'analyse, comme sa nature le soustrait à la discussion, présente plusieurs cas d'altérations organiques observées chez des nouveaux-nés, et développées pendant le cours de la vie intra-utérine. Les conclusions de l'auteur, auxquelles on ne peut qu'applaudir, sont qu'on doit examiner plus soigneusement qu'on ne le fait les nouveaux-nés, pour savoir s'ils ne sont pas atteints de quelque lésion à laquelle il serait possible de remédier, et qu'on ne doit pas se hâter, dans les cas de médecine-légale, de déclarer qu'il y a eu tentative d'infanticide par empoisonnement, parce qu'on trouve dans l'estomac ou les intestins des traces plus ou moins manifestes d'inflammation. — L'autre mémoire n'est pas moins digne d'intérêt; il roule sur l'affection connue sous le nom de *muguet*, affection qui déjà a donné lieu à de nombreux travaux. M. Véron a pu constater que cette maladie se développe dans les points du tube digestif où les follicules muqueux se trouvent en plus grande abondance, ce qui le porte à penser que le muguet a son siége dans ces follicules. Il réfute l'opinion qui consiste à regarder le muguet tantôt comme bénin, tantôt comme malin, et prouve que la gravité relative de cette affection dépend, non d'une nature différente, mais des divers degrés d'intensité et d'étendue qu'elle peut présenter. Enfin ce mémoire présente un fait de muguet développé antérieurement avant la naissance. — Des faits bien observés, groupés d'après leurs analogies, et des réflexions judicieuses, sont toujours utiles pour la science; les mémoires de M. Véron en renferment beaucoup : on doit donc désirer que ce médecin continue de publier, ainsi qu'il en annonce le dessein, le fruit de ses travaux.

RATIER.

Traité complet de l'anatomie de l'homme, comparée dans ses points les plus importans à celle des animaux, et considérée sous le double rapport de l'histologie et de la morphologie; par HIPPOLYTE CLOQUET. (*Bregeaut, lithographe, éditeur.*) — *L'ouvrage sera composé d'environ* 400 *planches in-4.° et de* 100 *ou* 120 *feuilles de texte même format. Il paraît de mois en mois à dater du* 1.er *novembre, par livraisons de dix planches et de deux à trois feuilles de texte. Le prix est de* 6 *fr. par livraison.*

Au point où en sont venues aujourd'hui les sciences naturelles, l'étude de l'une d'elles ne peut-être que difficilement séparée de celle des autres;

plus on les rapproche pour étudier comparativement les faits qui entrent dans le domaine de chacune d'elles, et plus ces faits eux-mêmes présentent de chances pour être bien vus et bien interprétés: ainsi, par exemple, la connaissance des caractères des êtres inorganiques nous fait mieux apprécier les caractères qui appartiennent au règne organisé. Ce dernier, à son tour, ne peut-être véritablement bien connu que par celui qui a fait au moins une étude générale des nombreuses classes qui le composent. Si les animaux n'existaient pas, dit Buffon, l'homme serait moins connu; on ne saurait donc trop encourager les efforts des écrivains qui cherchent à mettre en parallèle l'anatomie de l'homme et celle des animaux, et à éclairer ainsi l'organisation de l'un par celle des autres. Tel est surtout le but que s'est proposé M. Hippolite Cloquet, dans l'ouvrage dont la première livraison vient de paraître. Cet ouvrage constitue un traité complet d'anatomie humaine, mais de plus chacun des organes de l'homme est comparé avec ce même organe dans les différens animaux. Il est beaucoup d'objets dont la simple description ne saurait donner qu'une idée plus ou moins incomplète; aussi M. Hippolite Cloquet a appelé à son secours l'art ingénieux de la lithographie, et les nombreuses planches qui accompagneront chaque livraison de son ouvrage n'en constitueront pas la partie la moins importante. Déjà, dans la livraison que nous avons sous les yeux, on peut remarquer plusieurs planches d'un très-grand intérêt, et en particulier celles qui représentent les globules microscopiques tels qu'ils existent dans les différens tissus, où, d'après les recherches les plus récentes, ils ne diffèrent ni par leur forme, ni par leur grandeur, mais seulement par leur arrangement. D'autres planches, dans cette même livraison, retracent aux yeux de la manière la plus fidèle, la disposition interne de plusieurs tissus, et spécialement des tissus osseux, nerveux et musculaire. On sentira combien est précieuse la représentation bien faite de pareils objets à une époque où l'anatomie de texture est généralement étudiée et acquiert chaque jour une importance plus grande.

La science anatomique a marché si rapidement depuis plusieurs années que la plupart des livres élémentaires récemment publiés sur la zootomie sont loin de contenir les découvertes plus ou moins remarquables, qui, en quelque sorte, se succèdent chaque jour. Consignées dans des journaux ou dans des bulletins de société savantes, éparses dans un grand nombre de volumes, ces découvertes ne deviennent pas en quelque sorte aussi vulgaires, aussi répandues qu'elles mériteraient de l'être. Sous ce rapport, le nouvel ouvrage de M. Hyppolite Cloquet comble une importante lacune. C'est ainsi que, dès la première livraison, on trouve des détails aussi neufs que curieux sur les différens caractères qui peuvent servir à distinguer les animaux et les végétaux. L'auteur montre, par plusieurs exemples, combien tend souvent à se confondre l'organisation de ces deux classes, combien sont souvent insuffisans le traits par lesquels on a essayé d'établir entre elles une ligne rigoureuse de démarca-

tion. Ainsi, par exemple, chez plus d'un végétal, la motilité, l'irritabilité, sont véritablement plus prononcées que chez certains animaux. Si la chimie démontre que l'azote appartient surtout au règne animal, elle apprend aussi que ce gaz forme un des élémens constitutifs d'un certain nombre de principes immédiats des végétaux.

M. Cloquet suit la classification adoptée par M. Cuvier dans son Tableau du règne animal; il admet dans celui-ci quatre grands embranchemens; savoir, les vertébrés, les mollusques, les articulés et les radiaires; il reconnaît en outre dans ces trois derniers embranchemens, qui constituent les invertébrés, cinq ordres; savoir, les insectes, les crustacés, les annélides, les mollusques, les zoophytes. Il assigne avec autant de précision que de clarté les caractères distinctifs de ces différentes classes du règne animal.

Les divers élémens organiques dont l'ensemble constitue le corps des animaux sont ensuite passés en revue, et en un petit nombre de pages se trouve consigné un savant résumé des divers travaux chimiques et anatomiques récemment entrepris sur ces élémens qui entrent d'une manière plus ou moins nécessaire dans la composition de tout corps organisé animal. Ces divers élémens étant décrits, l'auteur commence à tracer l'histoire des différens tissus qui résultent de leurs combinaisons variées.

Ici se termine la première livraison de l'ouvrage de M. Hippolyte Cloquet. Occupé depuis long temps d'anatomie humaine et comparée, profondément versé dans la connaissance des diverses branches de l'histoire naturelle, ce médecin a entrepris une tâche difficile, mais qu'aussi bien que personne il peut dignement remplir. Nous ne pouvons qu'applaudir à une aussi utile entreprise, et nous pensons que le nouveau Traité d'anatomie humaine et comparée, publié par M. Hippolyte Cloquet sera recherché par tous ceux qui sentent le prix d'une instruction solide, et qui voudront connaître ce que l'étude de l'organisation des animaux peut offrir de plus saillant pour éclairer et perfectionner l'étude de l'organisation de l'homme. Ils sentiront aussi toute l'utilité du grand nombre de planches dont M. Cloquet a enrichi son ouvrage, et qui, exécutées avec une perfection qui ne laisse rien à désirer, peuvent jusqu'à un certain point suppléer à la dissection des objets qu'elles représente avec une rare fidélité. Les livraisons se succèderont de mois en mois, et si, comme nous n'en doutons pas, elles répondent à la première sous le double rapport du texte et des planches, nous croyons pouvoir prédire le succès complet au nouveau Traité d'anatomie humaine et comparée de M. Cloquet; cet ouvrage est du petit nombre de ceux qui sont destinés à devenir classiques.

V.

Traité d'anatomie-chirurgicale, ou Anatomie des régions dans ses rapports avec la chirurgie; ouvrage orné de quatorze planches représentant les principales régions du corps; par Alf. L. M. Velpeau, *D. M. P., agrégé stagiaire à la Faculté de Médecine de Paris, etc. Deux forts volumes in-8.° A la librairie de Crevot, éditeur, rue de l'Ecole de Médecine, n.° 3, près celle de la Harpe.*

L'anatomie des différentes régions du corps considérées chacune dans leur ensemble, est sans contredit celle dont la connaissance importe le plus au chirurgien, puisqu'elle lui indique la situation respective de toutes les parties qui composent chaque région. Cependant, quoique l'utilité de cette anatomie topographique, qui est liée si intimement à l'étude de la pathologie externe, fut généralement reconnue, on ne possédait aucun ouvrage où elle fut présentée dans son ensemble et dans tous tous ses détails, et les écrits publiés sur divers points de cette matière, n'en offraient qu'un tableau très-incomplet. Plusieurs professeurs de l'école de Paris, pénétrés de toute l'importance de ce genre d'anatomie, avaient à différentes reprises, appellé l'attention des élèves sur ses nombreuses applications, et dans ces derniers temps surtout, Béclard en avait fait ressortir tous les avantages dans ses savantes leçons; c'est cette anatomie vraiment chirurgicale qui fait l'objet de l'ouvrage que publie aujourd'hui M. Velpeau, ouvrage dans lequel il décrit successivement la disposition anatomique de toutes les régions du corps, en montrant les divers organes dans l'ordre et la situation où ils se présentent sous le scalpel ou le bistouri de l'opérateur; chaque partie ainsi examinée tour-à-tour de l'extérieur vers l'intérieur, est décrite d'abord anatomiquement parlant, et présentée ensuite dans ses rapports naturels ou accidentels avec celles qui l'avoisinent. Dans ce premier volume, l'auteur étudie d'après cette méthode, la tête, le cou, le thorax et les membres supérieurs; comme tous les anatomistes, il divise la tête, en crâne et en face, et partage le crâne en trois régions, la frontale, la temporo-pariétale et l'occipitale, et le considère ensuite dans son ensemble; à la face, il examine successivement les régions parotidienne, nasales, orbitaire, zygomato-maxillaire, massétérine, génienne, mentale, labiale, olfactive, buccale et pharyngienne. L'auteur circonscrit ces différentes régions, ainsi que toutes les autres, par des lignes arbitraires, dont le trajet est indiqué par des saillies osseuses ou musculaires; il a rattaché à ces descriptions des considérations pratiques sur l'opération du trépan, l'extirpation de la glande parotide, la fistule lacrymale, la cataracte, l'ablation des polypes du nez, la staphyloraphie, etc., etc.

L'auteur passe ensuite à l'examen du cou, où l'on trouve les régions sus-hyoïdienne, sous-hyoïdienne, sus-claviculaire, et la partie postérieure du cou qu'il ne désigne par aucun nom particulier. Suivant tou-

jours la même marche, il étudie successivement la peau, la couche sous-cutanée, l'aponévrose, les muscles, les vaisseaux, les nerfs et les os de chacune de ces régions : il fait des remarques intéressantes sur les différences que présentent les blessures variées de cette partie du tronc, sur la ligature des artères carotides, thyroïdiennes, sous-clavières, etc., etc., et indique sommairement les procédés relatifs à l'amputation de la mâchoire, à la bronchotomie, à la laryngotomie, à l'œsophagotomie, etc.; il fait voir que le muscle omoplato-hyoïdien sépare deux espaces triangulaires qu'il nomme le supérieur *omo-hyoïdien*, et l'inférieur *omo-trachéal*, qui circonscrivent chacune des parties nombreuses, et dont l'esprit saisit mieux l'ensemble et les rapports au moyen de cette division anatomique. Aux membres supérieurs, l'épaule est divisée en régions axillaire et scapulaire proprement dite; le bras en régions antérieure et postérieure; au coude, il examine isolément le pli du bras et le coude proprement dit; à l'avant-bras, les régions antérieure, postérieure et les bords; au poignet, les régions antérieure et postérieure; elles sont divisées en palmaire et dorsale à la main, de même qu'aux doigts; ce chapitre renferme un exposé comparatif des différens procédés d'amputation dans l'article; des réflexions sur l'opération de l'anévrysme des artères axillaire, humérale, etc.; sur la résection des extrémités articulaires, sur le mécanisme de certaines luxations et leurs réductions; sur les causes de déplacement dans les fractures : l'auteur a désigné encore ici certains espaces anatomiques importans à connaître, tels que le *clavi-pectoral*, le *sous-pectoral*, etc.

Le dernier chapitre est relatif au thorax, qu'il divise extérieurement en régions antérieure, postérieure, costale et mammaire, et dont il examine ensuite l'intérieur; la description est toujours faite d'après la même méthode que celles des parties précédentes, et contient également des considérations pratiques, qu'on lira avec fruit; je terminerai en faisant observer que l'auteur a généralement insisté sur la description des aponévroses dont il rapporte les nombreuses modifications à des transformations diverses du tissu cellulaire formant une enveloppe sous-cutanée générale qui ne varie dans les divers points que par des degrés différens de densité, et qu'il désigne sous le nom commun de *fascia superficialis*. Si M. Velpeau s'est éclairé dans la rédaction de cet ouvrage, des recherches nombreuses faites avant lui, il y montre en même temps les connaissances anatomiques les plus précises, et les détails qu'il présente prouvent qu'il a fait une étude approfondie de la matière qu'il vient de traiter. La marche que l'Auteur a adoptée nous paraît très méthodique, mais on pourrait en général désirer plus de concision dans ses descriptions, les observations d'anatomie pathologique qu'il y a entremêlées, font quelquefois oublier l'aridité de l'étude des détails multipliés de notre organisation; mais quelquefois aussi elles sont trop longues et étrangères à l'objet spécial du livre; il eût peut-être dû aussi abréger davantage ses discussions sur certaines opérations. Néanmoins, on peut dire que l'auteur

a su remplir le but qu'il s'était proposé, et nous ne doutons pas que son ouvrage ne soit également recherché des élèves qui ont besoin d'un guide sûr, et des chirurgiens qui y trouveront des considérations intéressantes et importantes sous le rapport des résultats pratiques qu'elles présentent. OLLIVIER.

Formulaire pour la préparation et l'emploi de plusieurs nouveaux médicamens; par F. MAGENDIE. *Cinquième édition. — Septembre* 1825.

Nous ne croyons pas qu'il faille chercher dans les progrès continuels de la chimie médicale et pharmacologique, la cause des éditions réitérées du formulaire de M. Magendie, lesquelles ont paru pour ainsi dire annuellement depuis sa première publication. Elles ont moins résulté, nous n'en doutons pas, de la nécessité de tenir l'ouvrage au niveau des connaissances acquises, que de l'habitude routinière de formuler; car il est vrai de dire que malgré les progrès que la médecine a faits de nos jours, il est encore un bien grand nombre de personnes pour lesquelles la pratique médicale semble consister plutôt dans la prescription de longues formules, que dans une thérapeutique raisonnée et basée sur les principes d'une saine physiologie. Cependant, nous ne voulons pas conclure de ces réflexions que le formulaire de M Magendie soit rédigé d'après un aveugle empyrisme; nous pensons au contraire, que la méthode qu'il a suivie dans l'exposition de chacun des médicamens dont il fait mention, devrait être la seule qu'on suivît en étudiant leurs propriétés spéciales, et leur mode d'action sur l'économie. Ce formulaire est d'ailleurs trop généralement connu pour qu'il soit nécessaire d'en rappeler ici le plan et les distributions; mais nous ferons remarquer que malgré les additions assez nombreuses que l'Auteur à faites à cette nouvelle édition, elle présente néanmoins des omissions que nous croyons devoir signaler ici; il n'y est pas fait mention du *cyanure* de *mercure*, du *chlorure* de sodium dont on a fait un usage avantageux, extérieurement et intérieurement dans différentes circonstances; M. Magendie passe également sous silence les nouvelles recherches de MM. Orfila et Bally sur la narcotine, et celles du premier de ces médecins sur la morphine. Nous ferons observer au sujet des sels de morphine, que celui que M. Robinet avait désigné sous le nom de *codéate*, et dont il est question dans ce formulaire, n'est qu'un *hydrochlorate* ainsi que M. Robiquet vient de le démontrer; il n'eût pas été non plus sans intérêt, de rapprocher de l'huile de *croton tiglium*, celle du *pignon d'Inde*, dont les propriétés sont les mêmes, d'après les expériences de MM. Pelletier et Caventou et les observations de MM. Kapeler et Récamier; enfin, eût-il été hors de propos d'indiquer aussi le mode de préparation nécessaire à l'administration de racine de grenadier et son action contre le ténia?

Dissertation sur les affections locales des nerfs; par P. J. Descot; *travail fait sous la direction de M.* Béclard. *Un volume in-8.° Paris*, 1825.

L'ouvrage que nous annonçons ici, et qui fut l'objet de la dissertation inaugurale de M. le docteur Descot, renferme un grand nombre de faits importans, et les résultats intéressans des expériences de Béclard sur les altérations locales des nerfs. Jusqu'à présent cette partie de la pathologie du système nerveux n'avait point été présentée dans un cadre complet, et l'on ne possédait que des observations éparses dans les différens recueils scientifiques. On doit donc savoir gré à M. Descot de la réimpression d'un travail, où l'on trouve tout à la fois les opinions d'un observateur aussi exact que l'était Béclard, et les faits qu'il avait recueillis lui-même sur un point de la science qui n'avait encore été que peu étudié. Cette publication doit d'autant plus intéresser aujourd'hui, que quoique l'attention soit plus spécialement fixée sur les altérations du système nerveux, cependant on ne s'était occupé particulièrement que de celles de ses parties centrales. Nous n'indiquerons pas ici chacun des sujets que renferme cet ouvrage, nous nous bornerons seulement à dire que toutes les altérations des nerfs y sont décrites avec une précision remarquable, ainsi que les faits pratiques et les détails d'anatomie pathologique qui s'y rattachent. Aussi pensons nous qu'il devient indispensable à tous ceux qui veulent avoir des notions positives sur la pathologie du système nerveux.

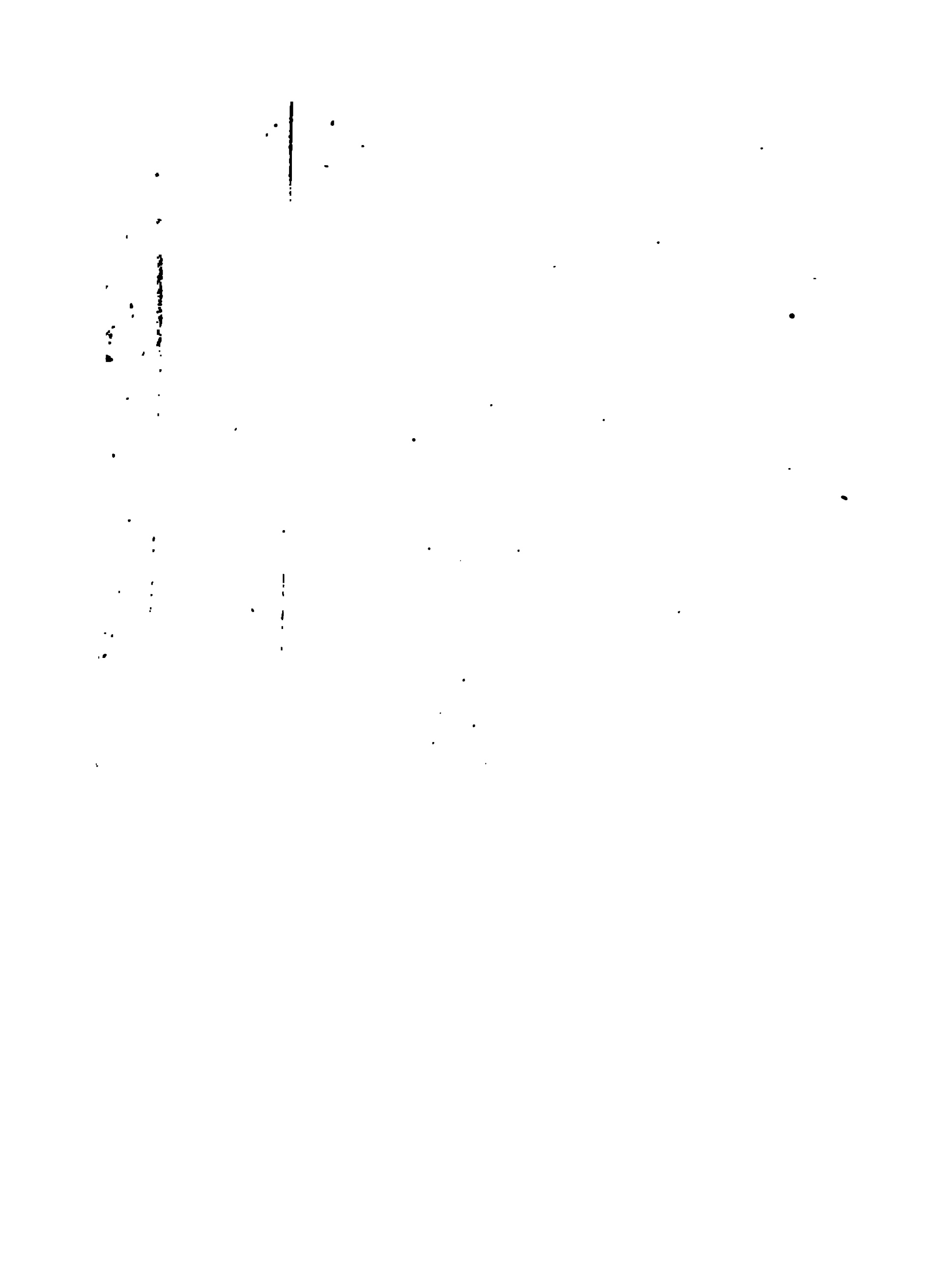
Iconologie de l'organe de l'ouïe; par S. T. Sœmmering; *traduit du latin par le docteur* Rivallié. *Broch. in-8.° avec un atlas in-4.° Chez Crévot, libraire.*

Parmi les travaux anatomiques de Sœmmering, celui qui a pour objet l'organe auditif, est sans contredit l'un des plus importans; aussi le docteur Rivallié vient-il de rendre un véritable service à la science, en mettant à la portée de tous les lecteurs un ouvrage que sa rareté et son prix élevé empêchaient de pouvoir consulter avec facilité. La lithographie a reproduit avec une netteté et une précision remarquables, les parties les plus déliées de l'oreille interne, et que la gravure seule semblait pouvoir rendre convenablement. Ces planches d'une exécution parfaite, sont accompagnées d'une brochure qui contient leur explication, et dans laquelle M. le docteur Rivallié annonce, que cette publication peut être considérée, en quelque sorte, comme l'introduction à un traité de la surdité qu'il se propose de publier incessamment. Tout en se bornant à une simple traduction, M. Rivallié aurait dû parler des conduits récemment découverts par Jacobson, et s'il n'avait pas connaissance des recherches de cet anatomiste, il eût au moins dû s'assurer des noms de ceux que Sœmmering a cités et ne pas dire Folius, Schelfhomer, Meckelli, Monroi, Comparette, Wildeberge, etc., pour Folli, Schelammer, Meckel, Monro, Comparetti, Wildberg, etc. — Mais ces fautes de littérature médicale n'ôtent rien à l'exactitude et à la perfection des détails anatomiques représentés dans les dix-sept planches qui composent cet ouvrage, qui doit être recherché de tous les médecins jaloux de posséder des connaissances précises sur les détails des parties les plus complexes de notre organisation.

IMPRIMERIE DE MIGNERET, RUE DU DRAGON, N.° 20.

tion ou plutôt

Lithog: de C. Motte.



MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

DÉCEMBRE 1825.

Observation extraite d'un rapport fait à M. le Procureur du Roi, le 8 mai 1825, par M. ALPH. DEVERGIE, *agrégé à la Faculté de Médecine, sur un empoisonnement par le sublimé corrosif.*

L'HISTOIRE de l'empoisonnement par le sublimé corrosif est presqu'aussi complète que possible. Les travaux de MM. Orfila, Brodie, Smith, Lavort, Campdell, et d'autres médecins, ont jeté le plus grand jour sur l'action que le deuto-chlorure de mercure exerce sur l'économie animale, les lésions qu'il produit, et les moyens d'arrêter ses ravages. D'une autre part, il est peu de praticiens qui n'aient eu occasion d'observer des cas d'empoisonnement de ce genre. Eh bien! le croirait-on, les fastes de l'art possèdent à peine quelques faits exacts où se trouvent retracés chez l'homme les symptômes auxquels il donne lieu, et la rapidité avec laquelle il conduit les malades au tombeau. Les savans praticiens que nous venons de citer, ont surtout appuyé les connaissances qu'ils nous ont fournies, sur des expériences faites chez les animaux. C'est principalement par des essais de ce

genre que M. Orfila est parvenu à découvrir le contre-poison de cette substance délétère : en un mot, il restait encore à démontrer aux praticiens qui nient la possibilité que des phénomènes chimiques puissent s'opérer dans l'estomac de l'homme vivant comme dans un vase inerte, il restait, dis-je, à leur démontrer, par des faits observés chez l'homme, que l'affinité chimique est une force indépendante de l'influence vitale, et c'est ce que prouve, d'une manière rigoureuse, l'observation suivante :

Nous fûmes appelé le vendredi 6 mai 1825, à onze heures du soir, par M. M......., taillandier, pour donner nos soins à sa femme qui venait d'être affectée tout-à-coup d'une maladie aiguë. Nous la trouvâmes dans l'état suivant : elle était étendue dans son lit, les membres abandonnés à eux-mêmes ; la peau froide, couverte de sueur ; la face pâle, décolorée ; les yeux ternes, abattus, exprimant la souffrance et l'horreur de la position où se trouve une personne qui sent qu'elle n'existe plus que pour mourir. Les lèvres et la langue étaient blanchâtres, contractées ; la soif vive ; la déglutition tellement difficile et douloureuse, que les moindres gorgées de liquide par l'irritation qu'elles déterminaient, donnaient lieu à des contractions spasmodiques de l'œsophage et de l'estomac, suivies de vomissemens de matières blanchâtres, muqueuses, filantes, et de matière bilieuse verte lorsque les efforts de vomissement étaient prolongés. La pression du cou était suivie de douleur ; une sensation de chaleur et de cuisson existait dans tout le trajet de l'œsophage ; la peau de l'abdomen était froide dans tous ses points ; la région épigastrique seule dénotait de la douleur à la moindre pression. Des évacuations alvines avaient eu lieu, et des envies d'aller à la selle se répétaient fréquemment ; elles étaient tellement pressantes, que la malade demandait avec précipitation qu'on la fit descendre de son lit, et à l'aide de soutiens s'asseyait sur le vase

de nuit. (Elle a conservé le même courage jusqu'à sa mort.) Des épreintes et un sentiment de cuisson très-fort accompagnaient les déjections. La malade accusait une chaleur des plus vives dans l'estomac, ainsi que des douleurs insupportables. Les battemens du cœur étaient profonds, lents; le pouls petit, filiforme, à peine sensible: la respiration s'exécutait d'une manière très-lente.

Sur le plancher de la chambre et le long du lit de la malade, étaient des matières muqueuses très-blanches qui paraissaient provenir de vomissemens réitérés; dans d'autres points du plancher, existaient des matières analogues, mais plus blanches et plus grumeleuses; leur aspect était tel, que l'on pouvait y soupçonner la présence du lait. Sous une table et dans un coin de la chambre on voyait un endroit humide parsemé d'une poussière blanche, qui n'avait pas été dissoute dans le liquide au milieu duquel elle était répandue. On nous dit que cette substance était le reste du poison que la malade avait avalé. Nous avons recueilli chacune de ces matières à l'aide de linges très-propres.

Différens vases se trouvaient sur une table; les uns contenaient du lait; les autres un liquide analogue à de l'eau, quant à la saveur et à l'aspect.

Nous interrogeâmes M. M....... sur ce qui s'était passé avant notre arrivée, et nous apprîmes que depuis la perte d'un héritage sur lequel elle comptait, sa femme était restée triste; que, d'un autre côté, étant affectée d'une amaurose complète de l'œil droit (amaurose dont nous avions constaté l'existence plusieurs mois auparavant), et voyant que la vue de l'œil gauche diminuait sensiblement, elle avait manifesté à plusieurs reprises son dégoût pour la vie, ce qui avait engagé son mari à garder constamment sur lui la clef d'une armoire où il déposait son argent, et où étaient renfermés trois paquets de sublimé corrosif de trois gros et demi chacun.

Nous avions en effet donné nos soins à M. M......., pendant les mois d'octobre, novembre, décembre 1824, et janvier 1825, pour des pustules syphilitiques existant à toute la surface du cuir chevelu, des membres, et particulièrement aux avant-bras et aux jambes ; pustules qui avaient résisté à plusieurs traitemens intérieurs administrés par des médecins habitués à traiter de semblables affections. Nous avions jugé convenable de les traiter à l'aide de bains d'eau simple tenant en dissolution du sublimé corrosif, et la dose en avait été portée jusqu'à une once par bain. Trois derniers bains n'avaient pas été pris par le malade dont la guérison était opérée ; seulement il avait entamé une dose de sublimé pour faire cesser quelques éruptions partielles de petits boutons ; le reste paraissait avoir été pris par la femme M......., et la dose, d'après les renseignemens donnés, pouvait être évaluée à trois gros.

M. M....... ajouta que trois semaines auparavant, à la suite de sollicitations et d'instances, il lui avait abandonné la clef d'une armoire ou étaient renfermés les paquets de sublimé, clef qu'il gardait avec soin, et que le vendredi 6 mai 1825, à six heures du soir, étant à travailler avec ses ouvriers, il avait entendu beaucoup de bruit dans la chambre où était sa femme, ce qui l'avait engagé à y monter : qu'il l'avait trouvée dans un état de désordre extrême, vomissant à chaque instant, exprimant des souffrances très-vives, allant fréquemment à la selle, et qu'alors prévoyant qu'elle s'était empoisonnée avec l'un des paquets de sublimé, il en avait acquis la certitude en vérifiant le nombre qui lui en restait. Qu'il avait envoyé chercher immédiatement du lait, que la malade s'était d'abord refusée à prendre, mais qu'il l'y avait forcée. Il évaluait la quantité de ce liquide ingéré dans l'estomac, à une demi-pinte.

Nous interrogeâmes la malade sur ce qu'elle avait pris:

ces sortes de questions la mirent dans une agitation extrême, et sur la prière que lui faisait son mari de dire si c'était lui qui lui avait donné le sublimé, elle répondit très-distinctement *non*. Nous lui demandâmes dans quel véhicule elle l'avait avalé. *Dans de l'eau*, nous dit-elle. Questionnée sur le vase qui avait servi à contenir la substance vénéneuse, elle désigna une tasse rouge parmi plusieurs que nous lui montrâmes. Cette tasse nous a paru très-propre. Ayant frotté sa cavité avec le doigt, nous n'avons constaté aucune espèce de saveur. La parole était alors assez libre pour que la malade pût nous rendre compte de tout ce qu'elle éprouvait.

Nous nous empressâmes de lui faire prendre de l'eau albumineuse; nous lui fîmes appliquer 30 sangsues à l'épigastre et 20 au cou, un cataplasme sur l'abdomen, et nous la quittâmes à minuit et demi environ. (Les vomissemens avaient été trop considérables pour que nous jugeassions nécessaire de lui administrer un émétique.)

A huit heures du matin, nous vînmes la revoir; son état était à-peu-près le même. Le pouls s'étant un peu développé, nous réitérâmes les applications de sangsues, et nous y joignîmes de l'eau de graine de lin édulcorée, ainsi qu'un quart de lavement dans lequel nous fîmes entrer douze gouttes de laudanum. La malade nous parla plus facilement qu'à notre première visite, et nous désigna les points du corps où elle souffrait le plus. (L'épigastre et tout le trajet de l'œsophage.)

A midi et demi nous la trouvâmes dans un état d'abattement plus grand : elle put cependant encore nous dire que la moitié inférieure de son corps était morte; qu'elle ne sentait plus ses jambes ni ses cuisses, et que malgré qu'on la pinçât, elle n'en avait aucune conscience. Nous apprîmes qu'avant notre arrivée, elle avait eu une sueur froide dans laquelle on avait cru qu'elle allait expirer. Le même traitement fut continué. A cinq heures elle

avait cessé de vivre. La personne qui lui administrait des soins, nous a assuré qu'elle avait conservé sa connaissance jusqu'au dernier moment, et qu'elle avait succombé dans le cours d'une syncope.

Le dimanche 8 mai, à neuf heures du matin, étant accompagné de M. Marye, docteur en chirurgie, nous nous rendîmes à la Morgue, où le cadavre de la femme M....... avait été transporté. Nous procédâmes à l'examen et à l'ouverture du corps, en présence du commissaire de police. Voici quels en furent les résultats:

Cadavre très-gras, très-fort; roideur cadavérique très-prononcée; chaleur éteinte à l'extérieur; membres supérieurs dans la demi-flexion; membres inférieurs dans l'extension.

Aucune trace d'ecchymose à la peau, ni dans le tissu cellulaire, ni dans les muscles, ce dont nous nous sommes assurés par des incisions multipliées.

Examen de la tête.— Cuir chevelu non ecchymosé : le crâne scié, sa voûte détachée, les vaisseaux de la dure-mère nous ont paru légèrement injectés. L'arachnoïde était infiltrée de sérosité blanchâtre, et les vaisseaux un peu plus gorgés de sang à la surface de l'hémisphère gauche qu'à celle de l'hémisphère droit. Audessus des circonvolutions antérieures du lobe droit du cerveau, et à la surface de l'arachnoïde qui les tapisse, existait un petit corps blanchâtre ayant environ cinq lignes de longueur sur une ligne et demie de largeur. Il se réduisait en parcelles grenues, à la manière des concrétions.

La substance cérébrale était généralement ferme, celle du lobe gauche beaucoup plus injectée que celle du lobe droit; les ventricules latéraux contenaient deux cuillerées environ de sérosité rosée; la substance du cervelet était injectée, le lobe gauche plus que le lobe droit; les nerfs optiques présentaient tous deux le même volume, malgré l'amaurose de l'œil droit; l'extrémité supérieure de

la moelle offrait une consistance très-grande. Après l'ablation du cerveau nous trouvâmes dans les fosses occipitales inférieures 4 ou 5 cuillerées environ de sérosité anguinolente dont une partie sortait du canal rachidien.

Les lèvres étaient décolorées ; la langue enfoncée dans la bouche, ramassée sur elle-même, offrant à sa base une foule de papilles développées de telle manière que leur largeur égalait celle d'un pois. On voyait à leur centre l'orifice de leur canal excréteur marqué par un point noir.

Il n'existait aucune trace d'ecchymose dans les muscles du cou. La luette, plus volumineuse que de coutume, présentait en arrière une teinte violacée, les piliers postérieurs du voile du palais ainsi que la portion de membrane muqueuse appliquée sur les vertèbres participaient de cette couleur ; la portion de l'œsophage qui occupe la région du col était blanche et sans altération sensible.

L'épiglotte offrait à son centre et en arrière, sous la forme d'une plaque ronde, un réseau vasculaire d'une couleur noire que l'on eût pu prendre pour une escarre. Les ligamens arythéno-épiglottiques étaient dans le même état ; une teinte légèrement violette se faisait remarquer dans toute l'étendue du larynx ; à partir de cet organe un réseau vasculaire se dessinait dans la trachée artère ; aux bronches il devenait plus prononcé, et plus on se rapprochait de leurs extrémités, plus les traces d'inflammation paraissaient évidentes.

Quant aux poumons, ils étaient mous, crépitans ; leur tissu, rouge et injecté principalement en arrière, surnageait quand on le plongeait dans l'eau. Dans la cavité de chaque plèvre existaient 4 onces environ de sérosité rougeâtré ; ces sacs membraneux nous ont paru sains.

Une quantité considérable de graisse tapissait en avant le péricarde ; le cœur était accru en volume ; ses cavités droites gorgées de sang noir, ses cavités gauches vides ;

l'épaisseur de ses parois proportionnée à la dilatation de ses cavités ; sa surface interne ne présentait aucune trace de rougeur. Les gros vaisseaux n'offraient rien de remarquable. Quant aux parois de la poitrine il n'y existait aucune ecchymose.

Examen de l'abdomen. — Sa surface antérieure était parsemée d'une foule d'ecchymoses arrondies, bordées d'une auréole jaune et offrant à leur centre des petites plaies triangulaires, traces évidentes des sangsues appliquées pendant la vie. Les muscles ne présentaient rien de remarquable. La paroi antérieure de l'abdomen étant détachée, on voyait les intestins distendus par des gaz, recouverts par le grand épiploon parfaitement sain, enfoncé sous les côtes ; l'estomac, peu volumineux, offrait une surface extérieure violette et tachetée de points d'un rouge brunâtre disséminés principalement le long de ses deux courbures et donnant à cet organe l'aspect d'un granit rouge à fond violet. Des ecchymoses nombreuses se remarquaient tout le long de l'insertion des épiploons gastro-hépatique et gastro-colique ; là aussi on observait une teinte noirâtre très-prononcée. Une surface de l'étendue d'un pouce carré seulement paraissait saine ; elle avoisinait le pylore antérieurement. L'intestin grèle et le gros intestin n'étaient que légèrement injectés, en sorte qu'il résultait de ces deux aspects si opposés un contraste extraordinaire.

Des doubles ligatures furent appliquées aux orifices cardiaque, pylorique et à l'extrémité inférieure du rectum. L'estomac et les intestins furent enlevés de l'abdomen et placés isolément dans des bocaux, sous le sceau du scellé.

Ayant procédé le lendemain à l'examen de l'intérieur de ces organes nous avons pu observer que la membrane muqueuse de l'estomac était dans toute son étendue d'un rouge-brique ; ses replis, de couleur noire, s'éten-

dant de l'orifice cardiaque à l'ouverture pylorique, se distinguaient à peine du reste de la surface de cette membrane, tant les traces générales de l'inflammation étaient profondes. La portion de la membrane muqueuse qui tapisse les courbures de l'estomac, était érodée, rugueuse; tous ses vaisseaux fortement injectés ne formaient qu'un lascis noirâtre.

La membrane interne du duodénum était légèrement injectée et tapissée d'une bile où dominait la résine verte. Quant à celle des autres intestins, elle n'était que légèrement rosée.

La vésicule biliaire très-volumineuse était remplie de bile verte épaisse, au milieu de laquelle se trouvaient plusieurs calculs de la grosseur d'un pois. Le foie, de volume ordinaire, décoloré, avait l'aspect et la consistance du foie gras. La rate était assez volumineuse; les reins dans l'état naturel.

La cavité du bassin contenait 8 onces environ de sérosité sanguinolente. La portion du péritoine qui est en contact avec l'ovaire droit, présentait une plaque de sang coagulé, de la largeur d'une pièce de deux francs, qui paraissait provenir de la rupture de vaisseaux appartenant au tissu même de l'ovaire. L'utérus offrait un léger accroissement en volume. Son orifice était oblitéré par un mucus épais, blanchâtre, entièrement albumineux, répandant une odeur de lochies très-manifeste et tout-à-fait analogue à la substance qui ferme la cavité de l'utérus dans les premiers temps de la grossesse. Dans l'intérieur de cet organe se trouvait un tissu formé par des filamens rougeâtres très-peu consistans et au centre duquel on voyait un point blanchâtre de quelques lignes de diamètre, mais où nous n'avons pu découvrir de traces d'embryon. Ce tissu avait beaucoup d'analogie avec des rudimens de placenta, et nous fûmes d'autant plus portés à le regarder comme tel, que les règles avaient été supprimées à leur dernière époque.

Nous procédâmes avec M. Barruel à l'analyse chimique des substances vomies et de celles contenues dans le tube digestif.

Les deux paquets de sublimé que M. M.... avait conservés pesaient chacun trois gros et demi, et ne contenaient que cette substance pure.

Le linge qui avait servi à ramasser la substance blanche que l'on regardait comme le reste du poison avalé, fut traité par l'eau. La dissolution filtrée offrait tous les caractères du deuto-chlorure de mercure.

Deux autres linges qui avaient été employés à recueillir les matières vomies, soumis à l'action de l'eau bouillante, ne nous fournirent pas la moindre trace de sublimé corrosif, ils contenaient au contraire beaucoup de calomélas.

Il nous fut impossible de constater l'existence du deuto-chlorure de mercure dans les liquides contenus dans le tube digestif. Mais ayant apperçu entre les replis de l'estomac une foule de petits grains blanchâtres, nous les avons traités par l'eau, et le liquide n'a fourni aucun précipité par les réactifs ; c'est alors que nous les avons pris et frottés sur une lame de cuivre parfaitement décapée et humectée avec un peu d'acide hydrochlorique ; il s'est immédiatement formé une couche de mercure métallique.

Cette observation, curieuse sous beaucoup de rapports, nous fournit donc la preuve évidente que le lait et l'eau albumineuse décomposent immédiatement le sublimé corrosif, puisqu'il a été impossible de retrouver même des atômes de cette substance dans les matières vomies peu de temps après l'ingestion du lait dans l'estomac, et confirme entièrement les expériences faites à ce sujet par M. le professeur Orfila. Une seule objection peut être faite à cette conclusion : malgré l'emploi d'une pinte de lait, la malade a succombé dans un espace de temps très-court.

Mais cette objection, spécieuse en apparence, est complètement détruite par les trois circonstances suivantes.

1.° Il s'est écoulé un très-long espace de temps entre le moment où le poison a été ingéré dans l'estomac et celui où la malade a pu prendre du lait.

2.° La dose de poison était énorme, puisqu'elle peut, sans aucune exagération, être portée à trois gros.

3.° Au moment où le lait a été pris, déja le pharynx, l'œsophage et l'estomac avaient été sous l'influence du sublimé. Ce dernier organe était contracté, plissé sur lui-même, et les replis de la tunique muqueuse contenaient une certaine quantité de la substance véneneuse, puisque, même après la mort, on en a retrouvé quelques portions transformées, il est vrai, en calomélas, mais autant sous l'influence du fluide secrété par la membrane muqueuse elle même, que par l'action du lait et de l'albumiue.

Les traces d'inflammation trouvées dans toute l'étendue de la membrane interne de la trachée artère et des bronches portent en outre à penser que le sublimé corrosif agit aussi sur les poumons, quoique les expériences faites sur les animaux n'aient donné aucun indice de cette influence.

Mémoire sur la sciatique, ou névralgie fémoro-poplitée; lu à l'Académie royale de Médecine, section de Chirurgie, par J. H. Réveillé-Parise, *membre-adjoint.*

Une vérité aussi affligeante que démontrée en pathologie, c'est que plus nos moyens paraissent multipliés pour attaquer et détruire une maladie, et moins le succès répond à notre attente. Ensorte qu'on peut dire, que l'im-

puissance de l'art est précisément en raison directe des ressources qu'il semble présenter. Parmi une foule d'exemples que l'on pourrait citer, nous ne choisirons que la névralgie vulgairement connue sous le nom de *sciatique*. Si l'on compulse les auteurs qui ont écrit à ce sujet, on est frappé de l'étonnante variété de remèdes employés et vantés pour la guérison de cette opiniâtre affection. On en ferait une pharmacopée entière.

Dans ces derniers temps, on a eu recours à une substance employée depuis long-temps en Angleterre : on a administré à l'intérieur l'huile essentielle de térébenthine unie au miel ou à un sirop quelconque. Comme il arrive toujours, ce médicament fut à peine essayé, que l'enthousiasme exagéra ses avantages, on ne vit plus que des observations de sciatiques guéries, et guéries *tutò*, *citò* et *jucunde*. Car une agréable chaleur se répand, dit-on, aussitôt dans le nerf, signe et présage certains d'une guérison prochaine. Mais bientôt l'expérience dissipa le prestige. On ne tarda pas à s'apercevoir que l'huile essentielle de térébenthine ne guérissait radicalement cette névralgie que bien rarement ; qu'il n'y avait le plus souvent qu'une légère amélioration, et qu'enfin, introduite dans l'appareil digestif de certains individus délicats et irritables, il se manifestait des coliques, de la diarrhée, des phlyctènes buccales et labiales, le priapisme, l'ivresse, et même de violens accès de fièvre, phénomènes favorables, si l'on veut, à un système trop exclusif, mais qui n'en est pas moins exact, et qu'il faut énoncer, car la véritable orthodoxie médicale consiste dans le bon et le vrai de quelque part qu'ils viennent.

Toujours infidèle et souvent dangereux, le médicament dont il s'agit ne doit donc inspirer que très-peu de confiance. De deux choses l'une, ou on l'emploie à des doses légères, et alors on n'obtient aucun résultat, ou on l'emploie à des doses élevées et dans ce cas, il est difficile de

calculer les accidens qui peuvent survenir. En augmentant graduellement les doses, on n'est pas même sûr d'atteindre le but, car l'irritation gastro-intestinale se manifeste quelquefois subitement. Nous pourrions invoquer ici en preuve de nos assertions, le témoignage de praticiens distingués, si nous ne craignions de donner trop d'étendue à ces réflexions.

Frappé des inconvéniens dont je viens de parler, j'ai recherché les moyens capables d'obtenir, pour la guérison de la sciatique, des succès plus réels et plus constans. Après un grand nombre d'essais, je me suis assuré, que la méthode qui offre le plus de chances de guérison, est encore celle de Cotugno (*Domenici Cotunii de ischiade nervosâ, commentarius, Viennœ,* 1770) tout en rejettant la théorie que ce médecin propose. On sait que cette méthode consiste à appliquer des irritans, comme des vésicatoires, des moxas, ou le fer rouge, dans les endroits où le nerf sciatique est le plus facilement soumis à leur action, comme à la partie supérieure et externe de la jambe, à la malléole externe, et au coude-pied.

L'observation a prouvé en outre que le vésicatoire immédiatement appliqué au jarret, ainsi que Barthez le conseille, était moins efficace que dans l'endroit indiqué avec beaucoup de précision par Cotugno. *Sic ut medium emplastri totum fibulœ caput occuparet, susque deque superesset, sed maxime deorsùm. Hinc vero et illinc extrema longitudinis emplastri, alterum ad poplitem ascenderet, alterum descenderet ad tibiam* (op. cit. cap. 51, p. 105).

Une précaution importante ici, est d'entretenir un certain temps la suppuration du vésicatoire et du moxa. Les vésicatoires volans, quoique multipliés, ne m'ont pas paru avoir des effets aussi avantageux, qu'en opérant sur le même point de révulsion.

Il est en outre, un phénomène particulièrement remarquable dans cette espèce de névralgie, c'est la constipa-

tion; ce phénomène, qui n'avait point échappé aux anciens, ces fidèles observateurs de la nature, est tellement important à considérer, que je ne pense pas qu'on puisse jamais guérir une sciatique soit aiguë, soit chronique, sans rétablir et surtout sans maintenir la liberté du ventre, précepte qu'il est souvent plus aisé de donner que d'exécuter, quoique rien ne soit plus aisé en apparence.

La liberté des déjections alvines est une condition si nécessaire au traitement méthodique de la névralgie fémoro-poplitée, qu'elle suffit quelquefois pour en obtenir la guérison. Nous connaissons un individu qui, atteint depuis neuf mois de sciatique, et sur lequel on avait épuisé presque tous les remèdes employés contre cette maladie, fut guéri par le fameux remède de Leroi; qu'on juge si ce miracle fut exalté par les ignares *præcones* du charlatanisme. Un épicier opérait à Paris, il y a quelques années, des cures qu'on disait merveilleuses, au moyen d'une poudre dissoute dans une certaine quantité de liquide et administrée en lavement : on y courait en foule, je me suis assuré que ce remède n'était que du muriate de soude mêlé d'un peu de jalap. Un membre de la Chambre des députés fut délivré l'année dernière, par ce moyen, d'une névralgie fémoro-poplitée antérieure. Quoi qu'il en soit les laxatifs et les purgatifs ne peuvent être considérés que comme auxiliaires; employés seuls, ils échouent le plus souvent.

Lorsque, par un traitement persévérant et bien combiné, on est parvenu à guérir une sciatique opiniâtre, le praticien doit porter ensuite toute son attention sur le membre qui en a été le siége. S'il est faible, amaigri, tendant à l'atrophie, engourdi, il faut se hâter de lui rendre toute son énergie et sa force première, car l'expérience a prouvé que dans ce cas les récidives sont fréquentes et la guérison presque impossible. Chaleur et mouvement sont

les deux moyens qui paraissent avoir dans ce cas le plus d'efficacité; des frictions sèches, non pas avec une brosse douce, mais bien avec une des plus rudes, sont ici très-avantageuses. Nous recommandons particulièrement encore le bain de sable chaud, dans lequel on laisse plongé plus ou moins long-temps le membre appauvri. Il est vraiment étonnant, pour le dire en passant, que parmi les nombreux établissemens de bains de la capitale, ceux de sable chaud soient tout à fait négligés. Les anciens en faisaient un grand usage, spécialement dans la maladie objet de ces remarques. On sait que l'empereur Auguste l'employa avec succès dans une affection de ce genre. *Sed remedio arenarum atque arundinum confirmabatur.* Telles sont les expressions de Suétone (*vita Cæsar. Aug.* n.° LXXX). Quel que soit le remède dont se servit *Antonius Musa*, toujours est-il que le bain de sable en faisait partie.

Je passe maintenant à quelques observations; elles ont été extraites d'un assez grand nombre : encore n'en exposerai-je que la substance et le précis.

I.re *Obs.* — M. D..., âgé de 52 ans, commis dans une administration, fut attaqué sans cause bien connue, à la fin de 1823, d'une sciatique des plus vives du côté droit. Les douleurs étaient intolérables; elles avaient lieu par élancemens, par les *fulgura doloris*, comme dit si bien Cotugno; des sangsues appliquées le long du trajet du nerf, des émolliens, le repos, amenèrent quelque soulagement. M. D... se croyait guéri, mais chaque fois qu'il voulait marcher, les élancemens se reproduisaient avec une telle violence qu'il ne pouvait s'appuyer sur le côté malade, et selon son expression, il *traînait son membre*, plutôt que de s'en servir. On tenta une foule de remèdes, tous furent sans succès, ou du moins n'en eurent que de peu de durée.

Il y avait trois mois que le malade était dans cet état lorsque je le vis. Voulant apprécier d'une manière positive

l'efficacité de l'huile essentielle de térébenthine, je fis suspendre tout autre médicament et je l'administrai à la dose d'un gros par jour, puis graduellement jusqu'à trois gros dans un excipient convenable. Dès le quatrième jour le malade éprouva un mieux très-sensible, qui se soutint pendant quelque temps; M. D... voulut en profiter pour aller à son bureau, mais quoique bien couvert et marchant avec précaution, les douleurs reparurent avec une nouvelle intensité. Envain chercha-t-on à les calmer au moyen de nouvelles doses de térébenthine; les effets ne répondirent nullement à notre attente, bientôt même la chaleur et la sécheresse de la gorge, la gastralgie, des coliques très-vives, nous forcèrent d'en discontinuer l'usage.

C'est alors que j'eus recours à la méthode de Cotugno. J'appliquai donc un large emplâtre vésicatoire à la partie externe et inférieure du genou, sur la tête même du péroné. Ce ne fut qu'au huitième jour que le malade éprouva un soulagement marqué : au vingtième, il était entièrement guéri, et depuis cette époque, la maladie n'a point reparu. On eut soin d'entretenir la liberté du ventre, soit par des lavemens, soit par l'emploi réitéré de l'huile de ricin.

II.ᵉ *Obs.* — M.ᵉ B... âgée de 29 ans, d'un tempérament tellement nerveux et irritable que la cause la plus légère produisait des attaques de nerfs ou de profondes émotions, éprouva, sur la fin de l'hiver de 1824, de violentes douleurs dans tous les membres, ce qui augmenta la susceptibilité morbide dont elle était affectée. Tout-à-coup ces douleurs disparurent et se concentrèrent sur le nerf sciatique. Elles furent si vives dans le commencement, et les irradiations en étaient si fréquentes, à partir de l'échancrure ischiatique jusqu'au pied, que la malade n'osait faire le moindre mouvement : des *ongles de fer*, disait-elle, semblaient la déchirer. Les émolliens, les adoucissans, les

narcotiques furent employés sous toutes les formes et avec une rare persévérance, mais inutilement. Un large emplâtre de poix de Bourgogne mis au pli de la fesse procura d'abord quelque soulagement, soulagement qui ne dura que peu de temps. Quelques vésicatoires volans appliqués sur la partie externe de la cuisse ne produisirent même aucun avantage. Un médecin ayant proposé l'emploi d'un looch térébenthiné, la malade y consentit, mais les premières cuillerées ayant été rejetées par l'estomac, il fallut y renoncer.

Au bout de cinq mois de souffrances, ayant été consulté, je proposai l'application d'un vésicatoire arrosé de laudanum sur la tête du peroné, vésicatoire qu'on entretiendrait au moyen de la pommade au garou. Ce moyen ayant été précédemment employé sans succès, ma proposition fut rejettée : on la traita même de barbare. Cependant la maladie continuant avec la même violence, M.e B... se résigna, et le vésicatoire fut appliqué. Dès le sixième jour, les picotemens incommodes disparurent, la douleur diminua progressivement, enfin la malade put faire quelques pas dans sa chambre. Toutefois la névralgie n'étant pas encore complètement guérie au vingt-unième jour, M.e B... crut hâter sa guérison en provoquant la suppuration du vésicatoire par l'usage d'une pommade très-active. Mais son espoir fut complètement déçu, car les douleurs reparurent aussitôt avec une extrême violence. Appelé sur-le-champ, j'en reconnus la cause, elles se calmèrent au moyen d'un cataplasme émollient fortement arrosé de laudanum, appliqué sur le vésicatoire irrité. Ce dernier fut continué quelque temps avec modération, et M.e B... se rétablit complètement en quinze jours, à dater de l'accident dont nous venons de parler.

III.e *Obs.* — M.r L... âgé de 57 ans, d'un tempérament sanguin et robuste, s'étant assis sur un banc de pierre très-froid au mois d'avril 1825, fut atteint d'une sciatique

très-vive. Quatorze jours d'un repos absolu et dans la position horizontale, des laxatifs répétés, huit ventouses scarifiées qui saignèrent abondamment, et placées sur la cuisse, le long du trajet du nerf sciatique, dissipèrent les accidens. Le malade reprit ses occupations habituelles. Trois mois après, M.r L... s'étant fatigué par une longue course, voulut prendre un bain de rivière, mais dès le lendemain les douleurs reparurent avec une intensité toute nouvelle. Le malade eut recours aux moyens précédemment employés, mais cette fois, ils furent sans succès. L'huile essentielle de térébenthine, administrée jusqu'à la dose de trois et quatre gros par jour, malgré des coliques et une chaleur vive à l'épigastre, produisit de l'amélioration, mais qui ne fut pas durable. Chaque fois que le malade voulait faire une course un peu longue, les douleurs revenaient avec force; enfin j'obtins la guérison par l'application d'un vésicatoire à l'endroit désigné par Cotugno, et qu'on eut soin d'entretenir modérément pendant trente-deux jours.

IV.e *Obs.* — Sontz, gendarme d'élite, âgé de 34 ans, d'un tempérament sain et vigoureux, était sujet, presque tous les ans, à des douleurs de sciatique du côté droit, pour lesquelles il subit avec succès divers traitemens. Atteint de nouveau par cette affection sur la fin de 1824, il eut recours aux moyens qui l'avaient déja guéri, mais ils furent sans utilité. Je lui proposai l'huile essentielle de térébenthine, ce qu'il accepta avec empressement. Les premières doses amenèrent, dès le second jour, une diminution notable des douleurs. Rappellées aussitôt par les mouvemens de progression, on augmenta la dose du médicament, mais divers accidens ayant eu lieu, on se vit forcé d'en suspendre l'usage.

Sur ces entrefaites, le malade partit pour Saint-Cloud où l'appellait son tour de service. Il y résida environ quatre mois, et là étant livré à lui-même, il essaya une

multitude de remèdes d'une activité plus ou moins grande. Eutre autres choses, il se fit frotter le membre malade avec une brosse des plus rudes et des plus âpres, de manière à enlever l'épiderme en différens endroits. Il prit jusqu'à deux gros de jalap à la fois pour opérer de violentes purgations, qui eurent lieu en effet, mais sans obtenir le moindre amendement. M'ayant entendu dire que j'avais vu en Espagne, en 1812, un soldat se guérir de la sciatique au moyen d'une traînée de poudre à canon placée sur le trajet du nerf sciatique et à laquelle on mit le feu, Sontz eut recours à ce mode de cautérisation, mais l'effet ne répondit point à son attente. Enfin il eut le stoïque courage de se faire fustiger, toute l'extrémité inférieure malade et jusqu'à cinq reprises différente, avec une poignée d'orties. L'urtication, comme on sait, a été recommandée dans ce cas, par plusieurs médecins anciens et modernes; mais ici, quoique le membre fût couvert de pustules et les douleurs très-cuisantes, le malade n'en éprouva aucun soulagement. Je ne rapporte ces circonstances que pour prouver, d'une part, l'inutilité d'uue foule de moyens proposés pour la guérison de cette affection, et de l'autre jusqu'où peut aller la ferme volonté de guérir.

A son retour à Paris, je trouvai le malade très-souffrant. Obligé de se courber en marchant, il ne faisait mouvoir la cuisse qu'au prix des plus vives douleurs.

Voulant m'assurer quelle serait l'efficacité du vésicatoire dans une affection aussi opiniâtre, je fis suspendre toute espèce de médicament et après quelques jours de repos, j'appliquai à l'endroit désigné un large vésicatoire dont on entretint la suppuration avec ménagement. Au neuvième jour, il y eut un mieux très-sensible qui continua les jours suivans. Cependant, comme les choses ne marchaient pas assez vite au gré du malade, il crut hâter sa guérison en excitant le vésicatoire. Il employa

donc à mon insu une pommade épispastique très-active. Mais, comme dans l'observation précédente, dès le soir même de vives douleurs se firent sentir; elles se calmèrent par le repos, des laxatifs et surtout par l'emploi des cataplasmes opiacés sur la partie ulcérée. Enfin la guérison fut complète le vingt-cinquième jour. Toutefois le malade garda encore quelque temps son vésicatoire qu'il ne ferma même que graduellement.

La cuisse et la jambe étaient amaigries et d'une faiblesse telle que le malade boitait en marchant. Cette claudication disparut aussitôt que par des frictions sèches, des onctions avec le baume opodeldoch, et l'usage des bains de sable chaud, l'extrémité eut repris son volume et sa force première.

De ces observations et des réflexions qui les précédent, nous pensons être en droit de tirer les corollaires suivans:

1.° Que la méthode de Cotugno peut comparativement être jugée la plus efficace pour la guérison de la névralgie fémoro-poplitée, surtout quand l'affection est chronique.

2.° Qu'il convient d'entretenir plus ou moins longtemps la suppuration des vésicatoires ou des moxas.

3.° Que cependant on doit éviter avec soin toute application irritante sur les exutoires et ulcères artificiels ouverts dans les endroits désignés par Cotugno.

4.° Que la liberté du ventre est une condition importante pour la guérison de la névralgie dont il s'agit.

5.° Qu'il faut se hâter de fortifier le membre malade par tous les moyens les plus convenables, si l'on veut éviter des récidives aussi fréquentes que dangereuses, et même la désorganisation du nerf.

Rapport médico-légal sur l'examen du cadavre d'un enfant nouveau-né, que l'on présumait avoir été victime de violences exercées sur lui; par MM. G. ARCHAMBAULT *et* GAULAY, *docteurs-médecins à Saumur.*

Nous soussignés, etc. etc., nous sommes transportés le jeudi 13 octobre 1825, à 11 heures du matin, à l'hospice de la Providence, pour visiter le corps d'un enfant nouveau né qui avait été trouvé le matin exposé mort à la porte de cette maison.

Le cadavre qui nous a été présenté par l'une des religieuses, était enveloppé d'une grosse toile grise, la tête était couverte d'un petit bonnet; ces objets ayant été enlevés, nous avons procédé à son examen.

Habitude extérieure. — Le corps de l'enfant, qui est du sexe féminin, est parfaitement conformé; sa longueur est de 17 à 18 pouces, son poids de sept livres et demie; il existe des cheveux sur la tête; les ongles bien formés recouvrent l'extrémité des doigts; le cordon ombilical, long d'un pied, avait son insertion à-peu-près à la partie moyenne du corps; il était flasque, et avait été coupé et non lié.

Le crâne est déformé; les os qui le composent paraissent disjoints, et le cerveau semble former entre eux une poche volumineuse, molle et mobile; il existe une contusion avec ecchymose aux régions frontale et occipitale; en incisant le cuir chévelu sur ces parties, on trouve du sang extravasé dans le tissu cellulaire sous-cutané. Les yeux sont ouverts, ils présentent une rougeur remarquable; les lèvres sont d'un brun noirâtre; la vulve est d'un rouge vif. La peau est d'un *rouge cerise* sur toute sa surface; l'épiderme est enlevé dans plusieurs parties,

telles que la tête, la face, la poitrine et les membres; en général, il se détache avec la plus grande facilité, et laisse à nu le derme d'un rouge très-vif. On observe sur le ventre et les membres, mais surtout aux jambes, plusieurs cloches ou phlyctènes remplies d'une sérosité roussâtre qui s'écoule quand on les perce : *Elles ressemblent très-bien à celles que produit une brûlure au premier degré.*

Les membres examinés avec soin n'ont offert ni fractures, ni luxations; ils sont très-flexibles et mous comme tout le corps, mais ils sont frais comme lui et ne présentent aucune putréfaction. Après cet examen extérieur, l'ouverture du cadavre a donné lieu aux observations suivantes.

Crâne. — Les os du crâne ne présentent pas de fractures, mais le frontal, les pariétaux et l'occipital offrent un écartement très-grand entre leurs sutures; leurs liaisons membraneuses sont très-relachées et en partie déchirées; ces os sont affaissés sur eux-mêmes, ce qui cause la déformation dont nous avons parlé plus haut. Le cerveau est dans un état de colliquation et comme en bouillie rougeâtre, il sort à travers l'écartement des os.

Thorax. — Il n'existe pas d'épanchement dans la poitrine : les poumons sont peu développés, ils sont appliqués sur les côtes des vertèbres dorsales, et ne couvrent qu'en partie le péricarde; ils sont noirâtres, nullement crépitans, leur tissu est mou, et pour la consistance, il présente la plus grande analogie avec le foie. Après les avoir détachés avec précaution, nous les avons mis d'abord tout entiers dans un vase contenant plusieurs pintes d'eau, ils sont tombés au fond très-promptement; coupés par petits morceaux, ils se sont également précipités. Le cœur était dans l'état naturel, seulement plus mou; l'ouverture inter-auriculaire ou trou de Botal, et le canal artériel étaient perméables.

Abdomen. — Il n'existe pas d'épanchement: les organes

de cette cavité n'offrent rien de remarquable, ils sont bien conformés; le foie, la rate et les reins paraissent comme le cœur, un peu mous; le canal veineux était perméable.

Nous pouvons conclure de ce qui précède; 1.° que l'enfant qui fait le sujet de ce rapport est né à terme; 2.° qu'il était viable; 3.° quant à la question de savoir si l'enfant a respiré ou en d'autres termes, s'il est né vivant, elle paraît d'abord très-difficile à résoudre; car la rougeur vive et générale de la peau, celles des ouvertures naturelles, la présence de plusieurs phlyctènes, pouvaient faire croire d'abord d'une manière positive à *l'existence préalable d'une inflammation produite par le contact d'un liquide bouillant sur la surface du corps;* et comme l'inflammation ne peut exister sans qu'il y ait vie, en admettant cette brûlure on était conduit à penser que l'enfant avait vécu, et par suite qu'il avait été victime de violences exercées sur lui; l'état particulier de la tête pouvait venir encore appuyer un peu cette idée. Mais en étudiant cette question avec toute l'attention qu'elle mérite, plusieurs considérations viennent atténuer et même infirmer cette opinion. D'abord l'état du crâne et du cerveau eût été sans doute suffisant pour faire cesser la vie presque instantanément si l'enfant eût existé au moment de la naissance, et alors nous n'aurions plus d'inflammation ultérieure pour l'attester : si l'on considère ensuite qu'un fœtus qui meurt au milieu des eaux de l'amnios et qui y reste plusieurs jours, peut présenter à-peu-près les divers états de la peau et du crâne que nous avons observés, (comme le pensent MM. Chaussier et Orfila qui ont fait des recherches spéciales sur ce sujet); si, enfin, nous joignons à ces considérations les signes tirés de l'état des poumons et du cœur, qui indiquent qu'il n'y a pas eu de respiration, l'état de mollesse des chairs et des organes intérieurs, nous viendrons à conclure qu'il est bien plus vraisemblable que l'enfant dont nous avons examiné le

cadavre n'a point vécu, mais qu'il est mort dans le sein de sa mère plusieurs jours avant l'accouchement, et que son séjour dans les eaux de l'amnios suffit pour expliquer les altérations particulières que le cadavre nous a offertes.

Comme on ne peut trop appeller l'attention des médecins sur les faits qui se rattachent à l'infanticide, et qui peuvent contribuer à éclairer quelques-uns des points, souvent obscurs, de cette question médico-légale, nous avons pensé qu'il serait utile de faire connaître le rapport qu'on vient de lire. On voit ici les conséquences qu'on avait déduites de l'aspect que présentait le cadavre de cet enfant; déja il existait des soupçons de mort violente, et cependant les phénomènes qui avaient donné lieu à cette opinion prouvaient, au contraire, le plus évidemment, que le fœtus était mort dans l'utérus long-temps avant son expulsion. L'expérience a démontré, en effet, que lorsque le produit de la conception cesse de vivre au milieu des eaux de l'amnios, à une époque avancée de la grossesse, et qu'il y séjourne plusieurs jours ou quelques semaines, le cadavre est peu consistant, flasque; l'épiderme est blanc, plus ou moins épaissi, s'enlève par le plus léger contact; la peau est d'un rouge cerise, ou brunâtre, dans toute son étendue, ou dans quelques points seulement; les os crâniens sont disjoints, mobiles, le cerveau dans un état de colliquation, etc. (*Orfila*).

Or, tous ces caractères se sont présentés ici, et l'existence de cette sérosité roussâtre qui soulevait l'épiderme dans quelques points, n'annonçait rien autre chose sinon que cette décomposition n'était pas très-récente. Le seul signe qui pouvait faire supposer que l'enfant était sorti vivant de l'utérus, était cette ecchymose des régions frontale et occipitale; mais s'il est vrai que ce phénomène s'observe assez ordinairement quand le fœtus a eu vie au moment

de la naissance, il est également vrai qu'on a vu des fœtus morts dans l'utérus, qui offraient à leur sortie une semblable ecchymose (*Orfila*). Cette circonstance seule ne pouvait donc pas infirmer la conclusion déduite de l'ensemble des autres altérations que présentait le cadavre, et dont la valeur a d'ailleurs été très-bien appréciée par MM. les rapporteurs. Ce genre d'altération, qui n'est point la putréfaction qu'éprouve le corps animal exposé à l'air, caractérise un mode particulier de décomposition, qui dispose d'ailleurs les matières animales à se putréfier ensuite plus rapidement quand elles sont en contact avec l'air libre. Quant aux conclusions de ce rapport, des renseignemens ultérieurs nous ont appris qu'elles avaient été parfaitement justes, car on a recueilli des preuves qui démontraient que l'enfant était né mort avec toutes les altérations qui ont été décrites. C. P. OLLIVIER.

Histoire d'un cas d'hémiopie, suivie de quelques réflexions; par CH. PRAVAZ, *D. M. P.*

Le Numéro de juin des *Archives générales de Médecine* renferme une suite de considérations sur quelques anomalies de la vision, qui paraissaient inexpliquées jusqu'ici. Le docteur Wollaston en renouvelant, dans les Transactions philosophiques pour 1824, l'hypothèse de la semi-décussation des nerfs optiques, présentée, il y a un siècle, par Vater, nous avait suggéré la pensée que la même disposition anatomique pourrait servir à l'interprétation de plusieurs phénomènes dont la raison suffisante n'avait pas encore été donnée. Il a été démontré, en effet, que la supposition d'un entrecroisement partiel satisfaisait à toutes les circonstances des diverses aberrations du sens de la vue, telles que l'hémiopie, la diplopie avec toutes

ses variétés et le strabisme. Nous avons discuté incidemment la grande question du changement de foyer dans l'appareil optique, lorsqu'il s'adapte à la vision des objets situés à des distances variables. Nos raisonnemens ont été accueillis par des physiologistes du plus grand mérite, mais comme les conclusions qui en dérivent sont rejettées d'une manière absolue dans un traité élémentaire dont la seconde édition vient de paraître, il ne sera pas hors de propos de les appuyer d'un nouveau fait.

Suivant M. *Magendie*, les faits sont la science; nous ne partageons pas entièrement son opinion; la science est surtout dans la manière de les observer, de les coordonner et dans la rigueur des inductions que l'on en tire. Quelle que soit la confiance de la moderne école de physiologie dans les résultats sanglans de ses expériences sur les animaux, nous pensons que la pathologie nous fournit des lumières beaucoup plus certaines; la nature procède autrement que nous lorsqu'elle veut mettre en évidence la structure intime des organes, et nos moyens grossiers d'expérimentation n'ont rien de comparable à ceux qu'elle emploie.

L'observation a démontré que l'atrophie de l'un des yeux ou la paralysie de l'une des rétines coïncidait presque indifféremment avec l'altération du nerf optique de l'un ou de l'autre côté au-delà de la selle turcique; nous avons dit que cette circonstance singulière ne pouvait s'expliquer sans admettre l'entrecroisement partiel des nerfs optiques; car, si la décussation était complète, l'affection se propagerait constamment du côté opposé à l'œil malade. La paralysie simultanée des segmens correspondans des deux rétines dont *Vater* et M. *Wollaston* ont cité des exemples, vient l'appui de cette opinion à laquelle le cas suivant, extrait d'un journal étranger, donne une nouvelle force (1).

(1) *Medical and Physical Journal of London; january*, 1825.

MM. B... âgée de 65 ans, avait éprouvé le 9 décembre 1816, une légère attaque d'hémiplégie à gauche. Elle recouvra dans la suite en grande partie l'usage de ses membres, mais elle demeura affectée jusqu'à sa mort en 1821, d'une hémiopie dont voici les principales circonstances. Lorsqu'elle regardait un objet quelconque, elle ne pouvait en apercevoir distinctement que la moitié droite; l'autre partie demeurait pour elle dans une obscurité presque complète. Ce phénomène avait lieu, soit qu'elle fît usage des deux yeux ou du droit seulement; mais lorsqu'elle regardait avec l'œil gauche seul, l'obscurité était beaucoup plus grande. Lorsqu'elle fut assez rétablie pour sortir du lit, on reconnut qu'en faisant mouvoir vers sa droite un objet dont elle n'apercevait d'abord que la moitié, lorsqu'il lui était présenté directement, elle pouvait alors le voir en entier; au contraire si on le portait vers sa gauche, les yeux restant dirigés en avant, elle ne pouvait en apercevoir aucune partie.

L'auteur de cette observation, en adoptant l'hypothèse de l'entrecroisement partiel pour en donner l'interprétation, suppose que la partie droite de chaque rétine était paralysée; mais il est évidemment dans l'erreur sur le côté affecté, puisqu'il a fait remarquer que la partie obscure de chaque objet était constamment à gauche. Le système que nous avons présenté sur la composition des nerfs optiques satisfait complètement à toutes les circonstances de ce cas; en effet, nous avons supposé que chacun d'eux se forme de trois faisceaux dont un seul prend naissance dans l'hémisphère même où il se trouve à son épanouissement dans la rétine, les deux autres venant de l'hémisphère opposé; et les phénomènes morbides sont en relation avec cette hypothèse. L'épanchement était à droite puisqu'il y avait hémiplégie à gauche; les deux filets qui viennent des *tubercules quadrijumeaux* et du *corpus geniculatum externum* dans l'hémisphère droit, et qui passent

dans l'orbite gauche pour se distribuer à la partie gauche de la rétine, étaient comprimés ainsi que le filet nerveux qui naît du tubercule cendré à droite, et se distribue à la partie gauche de la rétine droite. Que devait-il résulter de cette compression des deux filets qui donnent la sensibilité au plus grand segment de la rétine gauche, sinon une plus grande obscurité du même côté? La rétine droite n'était paralysée que dans la partie qui reçoit l'influence du filet nerveux qui naît à droite du tubercule cendré : aussi la vision de ce côté était-elle d'autant plus distincte que l'objet était porté plus à droite.

Aux inductions que fournit l'observation pathologique, qu'oppose M. Magendie? Une expérience et un raisonnement fort étranges. Il a séparé en deux parties égales l'entrecroisement des nerfs optiques sur la ligne médiane, et l'animal a perdu immédiatement la vue, donc la décussation n'est point partielle, mais complète. Certes, ce n'est pas en raisonnant de la sorte que l'ingénieux physiologiste donnera à la science qu'il cultive d'ailleurs avec tant de distinction, la rigueur et l'exactitude des sciences physiques qu'il semble nous promettre. L'anatomiste le moins exercé pourra lui répondre que des communications vasculaires existent indubitablement entre les deux nerfs optiques à leur conjonction, et qu'il n'a pu les détruire sans anéantir l'exercice de leurs fonctions. Un simple choc exercé sur le globe oculaire suffit pour suspendre la vision, produire des éblouissemens et la sensation de mille étincelles lumineuses, et il faudra croire qu'un instrument tranchant peut être porté dans l'intérieur du crâne, séparer violemment la substance des nerfs sans qu'il en résulte un tel trouble des sensations qu'elles ne présentent plus rien de constant et de certain à l'observateur. Une femme avait eu la partie supérieure du crâne enlevée par un instrument tranchant; le fragment osseux en forme de calotte sphérique lui servait à de-

mander l'aumône. Lorsqu'on pressait sur la dure-mère mise à découvert, il lui semblait voir, disait-elle dans son langage populaire, mille chandelles à la fois. Est-il donc étonnant que les chiens ou les lapins que M. Magendie a soumis à ses expériences, cessent de voir au moment où il sépare les hémisphères cérébraux pour opérer la section des nerfs optiques à leur conjonction.

Beaucoup de physiologistes d'un esprit sévère ont remarqué combien doivent être suspectes les inductions tirées des phénomènes observés sur des animaux dont les organes sont interrogés au milieu des angoisses de la douleur. C'est cependant sur de pareils fondemens que l'on a voulu élever une nouvelle théorie des sensations. Peu s'en est fallu que la prétention de changer la face de la science n'ait fait déposséder les nerfs optiques et olfactifs de leurs fonctions pour en revêtir le nerf de la cinquième paire. On se borne aujourd'hui à soutenir que ce dernier a seulement une influence très-grande sur l'action des nerfs des sens; c'est réduire beaucoup la hardiesse des premières propositions, que de descendre à cette conclusion presque triviale. Personne n'a jamais douté que pour des organes aussi délicats que les appareils de la vue et de l'odorat, l'intégrité de toutes leurs parties ne fût une condition essentielle du maintien de leurs fonctions. M. Magendie prétend que cette influence d'un nerf sur l'action d'autres nerfs, est neuve dans la science; en lisant l'histoire de l'Académie des Sciences (année 1727), il verrait que Petit avait déja remarqué qu'en coupant sur des chiens le nerf *intercostal* à la hauteur des troisième ou quatrième vertèbres cervicales, les yeux devenaient ternes, s'atrophiaient, jetaient de la chassie ou des larmes, que la cornée s'applatissait, et qu'une vive inflammation s'emparait de la conjonctive, etc. Si M. Magendie a observé des phénomènes semblables en coupant le nerf de la cinquième paire, qui a des connexions avec le nerf in-

tercostal, ce n'est presque qu'une vérification de faits déja connus, et on ne peut dire qu'il ait imprimé sous ce rapport une grande impulsion à la science. Il en est de même d'autres prétendues découvertes qu'il ne s'attribuerait point (car nous sommes loin d'accuser sa bonne foi) avec plus d'érudition. Ainsi *Chirac* et *Duverney* avaient cru démontrer avant lui que le vomissement n'est jamais dû à l'action de l'estomac, mais à celle du diaphragme et des muscles abdominaux, proposition contestée par *Litre*, comme elle l'est de nos jours. Avant M. Magendie, M. Charles *Bell* avait appris aux physiologistes que les racines antérieures et postérieures des nerfs spinaux doivent être distinguées sous le rapport de leurs fonctions. Mais notre but n'étant point d'exercer ici une justice distributive, qui se fait d'ailleurs très-bien dans les journaux étrangers, nous arrivons à une seconde proposition des élémens de physiologie où, malgré le ton dogmatique qui est dans les habitudes de l'auteur, nous verrons qu'il n'a pas raisonné avec plus de force.

M. Magendie, dans son exposition du mécanisme de la vision, rejette sans hésiter, comme démentie par l'expérience, l'hypothèse d'un changement de foyer dans le globe oculaire, suivant la variation de distance de l'objet éclairé, hypothèse qui a été admise par la plupart des physiciens et des physiologistes. Il ne dit point de quelle manière l'expérience a parlé, mais il s'en rapporte aux calculs d'un astronome russe, M. *Simonoff*, qui a prétendu prouver que ce changement était superflu pour expliquer la vision distincte à différentes distances. Nous ne doutons point que M. Simonoff ne soit un habile géomètre, mais il n'est probablement ni anatomiste, ni physiologiste; il se fût épargné la peine d'élever sur des données essentiellement inexactes de pénibles calculs, dont le résultat est renversé par le plus simple raisonnement. Les courbures des diverses surfaces réfringentes de l'œil ne

sont point déterminées et ne peuvent l'être, parce que tout change après la mort dans la conformation du globe oculaire, soit parce que les muscles ne le compriment plus, soit parce que les membranes n'ont plus la même tension, à cause de l'évaporation des liquides qu'elles renfermaient. La puissance réfractive des milieux que traverse la lumière n'est pas connue davantage, comme nous l'avons déja dit; or quel problême d'optique est-il possible de résoudre sans ces données? De Lahire avait aussi essayé de démontrer que la variation du foyer oculaire n'était pas indispensable à la netteté de la vision, mais du moins ses conclusions ne se fondaient point sur des calculs insignifians, elles n'ont pas été admises par les savans qui se sont occupés depuis lui de la même question; *Home*, *Ramsden*, *Olbers*, *Young*, dont l'autorité peut être opposée à celle de M. Simonoff, ont regardé comme incontestable une modification quelconque dans l'appareil de la vision : nous avons fait voir que s'ils n'avaient pu parvenir à préciser sa nature, c'est qu'ils avaient considéré comme simple un phénomène complexe. Si l'œil était constitué de manière à percevoir avec la même netteté et sans aucun changement préalable, les objets situés à des distances variables, pourquoi ne le pourrait-il instantanément? Or les expériences de Poterfield, répétées par le savant Young à l'aide de *l'optomètre*, démontrent qu'il faut un temps appréciable pour faire coïncider à différentes distances les deux images du fil adapté à l'instrument. Nous avons indiqué un autre moyen plus simple de mettre en évidence le changement de foyer. Il consiste à regarder à la fois avec une lentille et à l'œil nu un corps métallique brillant tel qu'une aiguille ou une épingle. On aperçoit deux images de ce corps plus ou moins séparées, et qui s'éloignent parallèlement à mesure que l'expérience se prolonge. Une autre preuve de la nécessité d'une modification dans l'appareil optique pour s'adapter à l'éloi-

gnement des objets, est l'artifice qu'emploient plusieurs myopes afin de distinguer plus nettement les corps placés à une distance un peu considérable : ils appliquent deux doigts aux angles interne et externe de l'œil, fournissent ainsi un appui au muscle orbiculaire des paupières qui, se contractant fortement, comprime le globe oculaire et rend moins convexes les surfaces réfringentes. Dans l'exercice ordinaire de la vision, les muscles droits et obliques dont l'antagonisme a été admis par *Morgagni* et *Winslow* ont pour effet, comme nous l'avons démontré, d'allonger le diamètre antéro-postérieur de l'œil, et de disposer cet organe à la perception distincte des objets très-voisins. Ainsi, malgré l'autorité de M. *Magendie*, appuyée de celle de M. *Simonoff* auquel nous avons opposé un autre astronome non moins célèbre, le savant *Olbers* de Brême, nous persistons à croire que l'admirable instrument de la vision doit se modifier et se modifie en effet, d'une manière très-simple, suivant l'éloignement des corps éclairés qu'il doit percevoir.

Considérations sur quelques altérations de couleur de la substance corticale du cerveau, suivies d'observations d'encéphalite; par M. Billard, *interne des hôpitaux de Paris.*

Si les médecins qui nous ont précédés ont souvent considéré comme essentielles des maladies dont l'encéphale était le siège, c'est que, peu habitués aux recherches d'anatomie pathologique, ils méconnaissaient de véritables altérations de la substance cérébrale, et considéraient comme sain un organe qui ne l'était pas réellement. Malgré l'attention scrupuleuse avec laquelle se font aujourd'hui les ouvertures de cadavres, nous nous trouvons

souvent embarrassés pour constater les altérations de certains organes, dont les aspects trop variables rendent difficile et quelquefois même impossible l'examen comparatif de leur état sain et de leur état morbide. Les altérations de l'encéphale, surtout, sont souvent méconnues ou contestées; il est donc de l'intérêt de la science de recueillir et de publier tous les faits propres à dissiper l'obscurité dont se trouvent fréquemment enveloppées les maladies de l'organe de l'intelligence; je ne doute pas que cette utilité ne soit sentie par tous les médecins jaloux de remplacer par des idées positives les opinions hypothétiques du système de l'essentialité.

Tous les organes du corps humain sont susceptibles d'éprouver des altérations de couleur et des altérations de texture. Ces dernières, plus propres à frapper les sens, sont faciles à reconnaître et à décrire, et l'on ne discute ordinairement que sur la nature de la cause qui les a produites. Quant aux altérations de couleur, elles échappent souvent à l'attention du médecin qui confond par fois celles qui résultent d'une cause passagère et accidentelle, avec celles qui sont dues à un état pathologique permanent.

Les altérations du cerveau doivent être étudiées sous ce double point de vue : déjà les différentes colorations que présente la pulpe cérébrale aux environs des lésions de tissu, ont été observées et signalées dans les ouvrages de MM. Lallemand, Rostan et de beaucoup d'autres auteurs à qui la science est redevable de belles recherches sur les maladies du système nerveux; mais on ne s'est point encore occupé de l'étude spéciale des altérations de couleur de la substance du cerveau, altérations qui, ne se bornant point à la lésion locale qu'elles accompagnent, s'étendent sur la surface entière de l'organe, et pénètrent l'épaisseur de son tissu. Cependant il me semble intéressant de rechercher à quelles causes accidentelles ou permanentes il est raisonnable d'attribuer ces colorations, et quelles

conséquences on peut rigoureusement tirer de leur examen. Je me propose de publier ici quelques faits propres à éclairer ce point d'anatomie pathologique. C'est de la substance corticale seulement que je veux m'occuper d'abord.' Cette substance, éminemment vasculaire, est susceptible d'offrir de nombreuses variétés d'aspect, ainsi que toutes les parties du corps où prédomine le système capillaire, et dont les altérations sont aujourd'hui assez bien connues. Pour apprécier ces modifications de la couleur de la substance grise, il faut bien connaître son aspect dans l'état sain; nous pourrons difficilement trouver des mots capables d'en donner une idée exacte, et l'expérience plutôt que les descriptions fournira cette notion; cependant nous pouvons dire que la substance corticale de l'encéphale est naturellement d'un gris-de plomb (1) auquel se mêle une nuance légèrement violacée, et que lorsqu'on y pratique une section verticale, on observe deux couches entrevues par Vicq-d'Azyr, et notées depuis avec soin par MM. Esquirol et Foville, à la Salpêtrière : l'une profonde, un peu plus foncée en couleur, et se trouvant séparée par une ligne peu tranchée, mais perceptible à l'œil nu; l'autre qui est superficielle, et dont la section simule à son bord une sorte de transparence cornée (2). M. Rolando a également fait remarquer l'existence de deux couches dans la substance grise du cervelet (3). Que la substance grise soit glanduleuse, ainsi que le pensait Malpighi, qu'elle soit fibreuse ou globuleuse, suivant l'opinion de beaucoup d'autres anatomistes, toujours est-il qu'il y pénètre beaucoup plus de sang que dans la substance blanche. Or, ce sang peut

---

(1) Béclard, *Anatomie générale.*

(2) Vicq-d'Azyr n'a point décrit d'une manière spéciale ces deux couches; il les a seulement indiquées en passant dans quelques-unes de ses planches.

(3) *Osservazioni sul cerveletto Mem. della Acad. delle Scienze di Torino* 1823.

se trouver en plus ou en moins dans la substance dont il s'agit; delà, deux premières causes de variétés d'aspect: en effet, si l'on dépose dans l'eau ou l'alcohol une tranche de cerveau, on trouve que la substance corticale est décolorée au bout de quelques jours. Cette décoloration provient de l'absence du sang, dont le liquide se trouve à son tour légèrement teint. Ce que l'on produit artificiellement de la sorte, s'observe par fois sur le cadavre: j'ai vu la substance corticale décolorée, et quelquefois même tellement blanche et pâle, que la surface du cerveau avait quelque ressemblance avec de la cire modelée; je n'ai point assez bien observé l'état de l'intelligence et la nature des symptômes que le malade avait offerts pendant la vie, pour pouvoir faire ici quelques rapprochemens entre les symptômes et l'état pathologique de l'organe; peut-être que des observations ultérieures m'aideront à éclaircir ce point important; je me bornerai donc à signaler ici cette décoloration de la substance grise comme une de ses variétés d'aspect. Je pense qu'on ne doit pas rigoureusement considérer cet aspect comme un résultat de l'inflammation; il n'y a point ici congestion de liquides autour d'un point irrité.

Mais d'un autre côté le sang peut affluer en grande abondance vers le cerveau; mille causes pendant la vie provoquent des congestions cérébrales passagères ou permanentes, et dans ce cas la substance grise que son voisinage avec les membranes où se trouve étendue la trame celluleuse qui fournit des vaisseaux à l'encéphale, et que sa texture propre rendent plus perméable au sang; la substance grise offrira bientôt une coloration rose, rouge ou violacée, ainsi que cela s'observe dans tous les tissus parsemés de conduits vasculaires multipliés. Mais la coloration rouge considérée isolément, et abstraction faite des circonstances cadavériques qui l'accompagnent, ne peut être un signe certain de l'inflammation, ainsi que

je l'ai démontré ailleurs (1). Il faudra donc noter avec soin l'état du système veineux et artériel de la tête et du cou, et tenir compte de la plénitude ou de la vacuité du cœur, de son état sain ou de son état pathologique, afin de s'assurer si cette coloration rouge résulte d'une concentration active du sang dans la substance grise, ou bien d'un obstacle au retour du sang veineux vers le cœur et les poumons. L'ensemble de l'appareil circulatoire et l'état général du cadavre doivent toujours être interrogés, même lorsqu'il s'agit de la moindre altération de couleur, afin de dissiper tous les doutes qui viennent obscurcir à chaque instant l'étude de l'anatomie pathologique. Ainsi donc, la coloration rose et rouge de la substance corticale du cerveau peut provenir de deux causes, ou bien c'est une trace d'inflammation, ou bien c'est le résultat d'une congestion mécanique des membranes et de la substance du cerveau. Cette altération de couleur de la substance corticale a souvent été signalée par les pathologistes; ils l'ont rencontrée dans les cas d'apoplexie, d'encéphalite aiguë, et chez les sujets épileptiques morts pendant un accès. J'ai fait dernièrement à la Salpêtrière avec MM. Cazauviell et Bouchet, internes de cet hospice, l'autopsie cadavérique d'une femme de 47 ans, morte pendant un accès d'épilepsie; le cuir chevelu et la face interne de la dure-mère étaient injectés, les carotides et la veine jugulaire contenaient peu de sang: à la base du crâne, la substance corticale, dont la coupe laissait distinctement apercevoir les deux lames dont j'ai parlé, était rose dans toute son étendue; à la face supérieure, les méninges étaient très-injectées, épaisses, et s'enlevaient facilement; la substance corticale offrait une teinte rosée très-manisfeste, surtout aux lobes anté-

(1) *De la Membrane muqueuse gastro-intestinale dans l'état sain et dans l'état inflammatoire*; deuxième partie.

rieurs; cependant cette coloration était beaucoup moins intense qu'à la base. La pulpe cérébrale avait une consistance assez ferme, la substance blanche était pointillée, les corps striés étaient rosés jusqu'à leur centre; même aspect de la substance grise du cervelet; la substance blanche de cet organe, ainsi que la protubérance cérébrale, était fort injectée. La coloration rose de la substance corticale était sans doute ici le résultat d'une concentration active du sang vers l'encéphale, déterminée par l'excitation subite dont cet organe était devenu le siège. Si la malade eût survécu, ce liquide aurait sans doute repris son cours dans ses couloirs naturels, et une prompte résolution aurait succédé à cette irritation passagère, mais en supposant que cette résolution ne se fût pas opérée et que le sang fût resté en contact avec le tissu cérébral, qu'il eût été maintenu dans la texture de cet organe, par la stimulation permanente qui l'avait d'abord attiré, quels phénomènes en seraient-il résultés? Invoquons ici le secours de l'analogie, ressource si utile et si féconde en découvertes dans les sciences naturelles, et voyons ce qui se passe en pareil cas dans les autres tissus de l'économie.

Lorsque l'inflammation vient à rougir une membrane muqueuse, cette coloration dure tant que le stimulus inflammatoire reste peu énergique; mais s'il augmente et persiste, s'il passe rapidement de sa période aiguë au type chronique, on voit succéder à la coloration rouge, un aspect violacé, gris, ardoisé ou même noirâtre, suivant l'intensité des causes inflammatoires et suivant aussi certaines circonstances que nous ne pouvons apprécier, et qui tiennent soit à la disposition particulière du sang à changer de couleur, soit à l'action inexplicable du tissu enflammé sur ce fluide. Quoi qu'il en soit de la cause qui préside à cette transformation d'aspect, l'expérience nous a habitués à la considérer comme un résultat de l'inflammation, et nous sommes convenus maintenant de regarder

comme une trace de phlegmasie chronique la coloration brune ou ardoisée des membranes muqueuses. Appliquons la connaissance de ce fait important à l'étude des altérations de couleur de la substance corticale du cerveau, et voyons si elles nous offriront quelque chose d'analogue à ce que nous venons de dire. Il est d'abord naturel de supposer que si le sang continue d'être concentré dans le tissu cérébral, il n'y restera pas long-temps sans altérer la couleur de ce tissu. De rouge qu'elle était d'abord, la substance corticale pourra devenir brune ou ardoisée comme les membranes muqueuses enflammées, c'est du moins ce que nous pouvons présumer. Jusqu'ici ce n'est encore qu'un simple raisonnement, qu'une pure conjecture que nous faisons, mais nous allons maintenant démontrer par des observations la justesse de cette conséquence pressentie par analogie, et établir d'une manière évidente un fait important d'anatomie pathologique.

I.re *Observation.* — Anne Beaufreton, lingère, âgée de 21 ans, tempérament lymphatique peu prononcé, blonde, d'une belle taille et d'une stature bien développée, offrait toute la fraîcheur de son âge, quoiqu'elle fût habituellement tourmentée par des douleurs de tête qui s'étendaient au front, à la région temporale, et se propageaient jusqu'à l'intérieur des oreilles. Ces douleurs étaient augmentées par la chaleur des fers à repasser. Elle s'apercevait en outre que sa vue s'affaiblissait de plus en plus, bien que le globe de l'œil ne présentât pas la moindre altération. Elle se vit donc obligée de quitter son état; elle prit plusieurs tisannes dont elle n'a pas su le nom, s'appliqua des vésicatoires derrière les oreilles et à la nuque, et se livra au repos. Fatiguée par des douleurs continuelles, par l'inefficacité de ses remèdes et tourmentée par la crainte de perdre totalement la vue, qui s'affaiblissait de plus en plus quoique ses yeux restassent fort beaux; elle se rendit à l'hôpital d'Angers, dans le mois de mai 1822.

On lui appliqua un séton à la nuque, elle fit usage de collyres excitans recommandés dans le but de combattre la faiblesse de la vue, mais ces moyens furent inutiles. La pupille était toujours très-dilatée, peu mobile; l'œil saillant roulait rapidement dans l'orbite, et la malade éprouvait de temps à autre une céphalalgie si violente qu'elle était obligée de s'appuyer la tête sur une chaise ou sur une table qu'elle saisissait fortement jusqu'à ce que la violence de la douleur fût passée. Au milieu de ses grandes douleurs, elle ne perdait jamais connaissance, mais elle ne voyait plus, n'entendait rien et n'éprouvait d'autre sensation que celle de sa douleur. Cet état persista longtemps sans amélioration; la malade s'occupait avec assez de zèle à différens travaux de la maison qui ne nécessitaient pas l'exercice forcé de la vision. Cependant on s'apercevait que l'ouïe devenait très-paresseuse, que la vue s'affaiblissait toujours, que la malade devenait plus lente, maigrissait et que son intelligence devenait de plus en plus obtuse. On substitua au séton un vésicatoire au bras; on fit plusieurs saignées, aux époques des règles surtout, car depuis quelques mois elles étaient peu abondantes et fort irrégulières. Aucune amélioration ne survint. Cette malade quitta les salles pour occuper dans la maison un poste peu fatiguant, je la perdis de vue pendant quelque temps; elle n'avait pas, durant son absence, éprouvé de mieux sensible. Le 18 octobre de la même année, cédant enfin à la violence de son mal, dont la marche allait toujours croissant, elle fut contrainte de rentrer dans les salles, et elle offrit alors les symptômes les plus alarmans. La surdité est très-prononcée, l'amaurose est presque complète, la sensibilité est fort obscure, la fièvre, qui dans tout le cours de sa maladie s'était à peine développée, s'allume alors avec assez d'intensité; mais le pouls, quoique fréquent, est petit et serré. Il n'y a pas de transpiration cutanée, nuls vomissemens, évacuations alvines ordi-

naires; du reste taciturnité opiniâtre, coma profond, mouvemens libres des membres, nulles convulsions. Vésicatoires à la nuque et aux cuisses, boissons délayantes. Les jours suivans il ne se passe rien de remarquable, on observe cependant que la fièvre offre chaque matin une rémission sensible, qu'elle reparaît le soir avec intensité, qu'alors la face est plus rouge et que la malade dans ce moment laisse échapper ces mots à voix faible : *holà la tête! quelle douleur!* le plus souvent elle est couchée sur le dos, ses yeux sont toujours ouverts sans fixer aucun objet. Elle porte les mains et les jambes dans différens sens; quand on la met sur son séant, elle y reste sans chercher à prendre aucune position, sans vouloir répondre aux questions qu'on lui adresse et sans paraître entendre ni voir ce qui l'entoure. Elle n'accuse pas la douleur de ses vésicatoires et se montre à peu près insensible au pincement de la peau dans différentes régions. Le traitement est peu actif; on ne prescrit que des remèdes insignifians dans l'incertitude où l'on est sur la nature réelle et le diagnostic de la maladie. Cet état dura sans nulle modification en bien ou en mal, jusqu'au 26 du même mois où la malade expira sans convulsions.

Autopsie cadavérique, 24 heures après la mort. — Etat extérieur : demi-marasme, tégumens exsangues, peu de roideur cadavérique. La face semble conserver encore l'expression de la douleur. *Tête* : les vaisseaux de la pie-mère étaient gorgés de sang. Cette membrane une fois enlevée, la substance corticale offrit un aspect tout particulier; elle n'avait point sa couleur grise ordinaire, mais elle était d'un gris-ardoisé très-prononcé, auquel se mêlait une nuance d'un bleu-verdâtre. Sa consistance était ferme, des gouttelettes sanguines ne tardaient pas à s'écouler des surfaces incisées. Cette substance semblait avoir son épaisseur ordinaire; elle offrait, dans tous les points du cerveau où elle se trouve, la même altération de couleur.

Quant à la substance blanche, elle était sablée de points rouges, dans l'intervalle desquels elle conservait l'aspect qui lui est propre. Les ventricules renfermaient très-peu de sérosité, il ne s'en était pas écoulé lors de l'extraction du cerveau; aucune partie de l'encéphale n'offrit d'altération de tissu; les nerfs optiques, les couches du même nom, ainsi que les nerfs acoustiques, n'offraient pas de désorganisation. Le cœur était exsangue, les poumons sains, les organes de l'abdomen dans une intégrité parfaite.

Cette observation me paraît intéressante sous le rapport de la lésion de l'encéphale et des symptômes qui l'ont accompagnée. La substance corticale a été dans cette circonstance le siége principal de la maladie. Plus vasculaire que la blanche, elle a dû être, en quelque sorte, plus impressionnable au stimulus inflammatoire; elle a dû recevoir plus promptement une modification dans son aspect. On devait être en outre d'autant plus porté à considérer cet aspect inaccoutumé comme un indice d'inflammation, ou, si l'on veut, comme le résultat d'une cause pathologique quelconque, qu'il s'éloignait davantage de l'aspect ordinaire de la substance dont il s'agit ou de celui qu'elle présente quand le sang s'y accumule passagèrement. Nous ne pouvons suivre, il est vrai, les nuances par lesquelles cette coloration a passé pour arriver à cet aspect ardoisé; mais l'analogie invoquée précédemment ne nous porte-t-elle pas à croire que cette couleur de la substance corticale a succédé à une coloration rouge ou violacée, déterminée d'abord par l'inflammation, entretenue et prolongée par elle au point de produire enfin l'altération de couleur dont nous parlons. Quant aux symptômes, ils sont remarquables sous le rapport de l'anéantissement des facultés morales et de la sensibilité, phénomène qui vient ici plaider en faveur de l'opinion de MM. Foville et Delaye, sur la fonction particulière qu'ils ont répartie à la substance grise du cerveau; l'a-

maurose et la surdité ne sont pas moins dignes de remarque. Je pense que l'une et l'autre étaient le résultat de l'encéphalite chronique, que leur cause provenait de l'altération du centre nerveux, puisque les nerfs destinés à la vision et à l'audition ne semblaient pas être altérés. Pour que l'autopsie eût été complète, j'aurais dû faire un examen attentif de l'oreille moyenne et interne, mais cela ne me vint pas alors à l'idée. Continuons d'exposer des faits analogues à celui-ci.

II.me *Obs.* — Marie Seigneur, âgée de 15 ans, bergère, d'une taille moyenne, d'une assez forte constitution et d'un tempérament sanguin, entra le 6 août 1823, à l'hôpital d'Angers, et présenta l'état suivant: coma profond, sensibilité obtuse, coucher en supination, face pâle et grippée, immobilité du tronc, mais mouvemens fréquens et sans but des jambes et des bras; son pouls est petit et très-fréquent, sa respiration est courte et stertoreuse, tout le corps est couvert de sueur. La malade, toujours taciturne, refuse de répondre aux questions qu'on lui adresse; cependant, à force de la presser et de l'interroger sur le siége de son mal, elle dit brusquement: *à la tête*, puis elle se tait et refuse d'en dire davantage. Les personnes qui l'ont conduite à l'hôpital ont dit à la sœur que depuis un mois elle était triste, que depuis huit jours elle était tombée dans cet état; que jamais elle n'a eu de convulsions, qu'elle n'est pas épileptique et que sa maladie est survenue sans cause appréciable. On lui avait administré chez elle, la veille, deux grains d'émétique. On lui appliqua des sinapismes aux pieds et un vésicatoire à la nuque; on lui prescrivit des boissons adoucissantes. Le 7, nul changement dans les symptômes, évacuations alvines peu fréquentes, toujours taciturnité et coma profond. Même traitement.

Le 8 et le 9, progrès de la prostration, sensibilité de plus en plus émoussée; cependant la malade porte sou-

vent la main à la nuque irritée par le vésicatoire. Les voisines de son lit rapportent qu'elle a parlé seule et d'une manière confuse, pendant cinq minutes dans la journée, puis elle est retombée dans son assoupissement. Elle se borne à dire que c'est à la tête qu'elle souffre; elle a vomi à plusieurs reprises des matières liquides, blanches et de consistance muqueuse. Sa pupille est extrêmement contractée, son faciès n'exprime point la douleur, il est seulement triste et abattu. On applique des vésicatoires aux jambes, et l'on se borne toujours aux boissons délayantes, point de répercussifs sur la tête. Du 9 au 11, prostration de plus en plus marquée, la respiration est plus difficile et plus courte, les membres moins mobiles, le pouls toujours très-petit et cependant fréquent. Nul changement dans le traitement, mort dans la nuit du 11 au 12. Pendant les cinq jours que la malade passa à l'hôpital, elle n'offrit aucun symptôme du côté de la poitrine ni du bas-ventre, et il n'y eut pas de convulsions. On fit le lendemain l'ouverture du cadavre. *État extérieur;* embonpoint médiocre, pâleur générale. *Tête;* les tégumens ne sont pas injectés; les vaisseaux des méninges sont injectés; la pie-mère est infiltrée de sérosité; les circonvolutions cérébrales sont déprimées et pressées les unes contre les autres. La substance corticale offrait, dans toute son étendue, un aspect gris ardoisé très-prononcé, qui avait une certaine ressemblance avec la couleur du bronze, sans cependant en offrir parfaitement la teinte verdâtre. Cette substance était ferme, elle se coupait par tranches nettes, qui laissaient suinter des gouttelettes sanguines abondantes, d'un rouge très-foncé; la substance blanche n'était pas, comme la grise, altérée dans sa couleur, mais elle était fortement injectée. Les ventricules du cerveau étaient remplis d'une grande quantité de sérosité; leurs parois n'offraient rien de remarquable; la substance grise du cervelet était également ar-

doisée, et la substance cérébrale en général était beaucoup plus ferme que dans l'état ordinaire. Les organes de la cavité pectorale étaient sains, les cavités droites du cœur et la veine cave contenaient peu de sang, l'abdomen n'offrait rien de remarquable.

Chez le sujet de cette seconde observation l'encéphalite a parcouru plus rapidement ses périodes; cependant il paraît que depuis long-temps la jeune malade se plaignait de la tête, puisque les paysans qui l'ont conduite à l'hôpital s'étaient aperçu, malgré le peu d'attention qu'ils apportent ordinairement aux douleurs légères qu'ils éprouvent, que cette jeune fille souffrait depuis un mois. Quoi qu'il en soit de la durée de cette maladie, toujours est-il que la lésion de l'encéphale, que l'altération de couleur de la substance corticale était ici la même que chez la malade de l'observation précedente; elle paraissait être évidemment le résultat de l'inflammation, car l'hydrocéphale, la dureté du cerveau, la présence du sang dans le tissu de cet organe, enfin les symptômes plaident fortement en faveur de cette opinion. A quelle autre cause d'ailleurs pourrait-on attribuer cette altération de couleur?

Nous avons encore remarqué chez cette malade un coma profond, une taciturnité opiniâtre, un état moral peu exalté, mais une sensibilité moins obtuse; ces phénomènes sont importans et la constance avec laquelle ils se manifestent peut servir à éclairer le diagnostic de l'encéphalite, et nous aider à distinguer ses variétés.

Obs. III.e — Nous allons voir chez le sujet de cette observation la mort survenir rapidement, et malgré cela une altération de couleur de la substance grise du cerveau tout-à-fait analogue à celle que nous venons de décrire. Un enfant âgé de 22 mois, doué d'une forte constitution, offrant toutes les apparences d'une brillante santé, remarquable par le développement et la vivacité de son in-

telligence, fut renversé par une voiture dont la roue lui passa sur la jambe. Il n'y eut qu'une simple contusion à la jambe, la tête avait porté violemment contre le sol. Cependant une fièvre violente se déclara, l'enfant éprouva d'abord une grande agitation, à laquelle ne tarda pas à succéder un coma profond dont rien ne put tirer le malade. Malgré les moyens curatifs les plus antiphlogistiques et les mieux raisonnés, la mort survint le troisième jour après le début des symptômes de l'encéphalite (le 18 octobre 1823). Je ne puis donner ici l'exposé précis de ces symptômes, que je n'ai pas recueillis moi-même et qui m'ont été communiqués verbalement par mon ami le docteur Bigot, d'Angers, médecin du malade. Le lendemain, nous fîmes, MM. Bigot, Ollivier d'Angers et moi, l'autopsie cadavérique, qui nous offrit le plus grand intérêt. *Extérieur.* Embonpoint général très marqué, tête volumineuse, le front était surtout fort développé. *Tête.* Les tégumens étaient peu injectés. Le cerveau était remarquable par une augmentation de volume, par une sorte de turgescence qui était si prononcée, qu'en incisant la dure-mère l'encéphale fit aussitôt saillie par les incisions comme pour s'échapper de son enveloppe; toutes les circonvolutions cérébrales étaient comprimées et aplatiés. Toute la masse encéphalique, ainsi distendue, vacillait en différens sens comme une vessie pleine de liquide, de telle sorte que nous crûmes d'abord à l'existence d'une hydrocéphale. L'arachnoïde n'offrait nulle part d'exsudations pseudo-membraneuses, la pie-mère était assez injectée, la dure-mère présentait, sur les parties latérales du sinus longitudinal supérieur, deux ecchymoses peu étendues. La substance corticale avait une couleur ardoisée très-remarquable et tout-à-fait différente de la couleur grise qui lui est naturelle. M. Ollivier, qui avait assisté l'année précédente à l'autopsie du cadavre de la première observation, me rappela aussitôt l'analogie

d'aspect que ces deux cerveaux présentaient, elle était en effet digne de remarque. On incisa le cerveau en place; la masse des hémisphères, coupée en tranches, laissa suinter un grand nombre de gouttelettes sanguines; la substance grise était très-ferme, mais la substance médullaire paraissait être plus molle que dans l'état ordinaire. Nous ne trouvâmes pas, dans les ventricules, la moindre goutte de sérosité; leurs parois étaient contiguës, les corps striés et les couches optiques n'offraient rien de particulier. La substance grise du cervelet avait le même aspect que celle des hémisphères cérébraux; on ne trouva rien de remarquable au mésocéphale. Le rachis ouvert dans toute son étendue, on trouva une injection des veines rachidiennes, et une consistance un peu molle de la substance médullaire. — Les organes de la poitrine et du bas-ventre étaient dans un état d'intégrité parfaite.

Malgré la rapidité avec laquelle l'inflammation a parcouru ses périodes, nous trouvons ici une altération de couleur semblable à celle qui résultait de la phlegmasie chronique qui fait le sujet de la première observation. Cette circonstance n'a rien d'étonnant ni d'inexplicable, car l'on sait que la longue durée et la lenteur des progrès de l'inflammation n'est pas toujours la condition nécessaire pour qu'une altération très-marquée se développe dans le tissu de nos organes. Rien n'est moins constant que la coïncidence qni semblerait devoir toujours exister entre la durée de la cause inflammatoire, et la nature de ses résultats. C'est dans l'intensité du travail inflammatoire que nous devons rechercher l'explication des diverses lésions qu'il détermine. Or, ici l'encéphalite a dû laisser des traces d'autant plus profondes de ses ravages, qu'elle s'est manifestée chez un enfant dont l'organe de l'intelligence était doué naturellement d'une grande activité vitale, ainsi que le démontrait le développement précoce de ses facultés morales. La turgescence si remarqua-

ble de la substance cérébrale, la fermeté de la substance corticale, les symptômes enfin concourent à démontrer que l'altération de couleur dont il s'agit était le résultat de l'inflammation, dont la cause très-probable a été la percussion violente de la tête contre le sol, percussion à laquelle peuvent se rapporter encore les deux échymoses observées à la dure-mère.

La coloration ardoisée de la substance corticale ne règne pas toujours d'une manière uniforme et générale comme dans les trois cas dont il vient d'être question. On la trouve partiellement autour d'un foyer récent ou ancien d'inflammation, dans le voisinage d'un ramollissement, non loin d'une cicatrice, etc. En faisant l'ouverture d'une vieille femme qui avait eu plusieurs attaques d'apoplexie, je trouvai dernièrement à la Salpétrière avec mon ami M. Bérard jeune, interne de cet hospice, une cicatrice à la partie antérieure et externe du corps strié de l'hémisphère gauche du cerveau. A quelques lignes audevant de ce kyste se trouvait une tache ardoisée qui, commençant à la partie antérieure du centre ovale de Vieussens, se rendait à la superficie du lobe antérieur en devenant de plus en plus foncée; de sorte qu'elle ressemblait d'abord à une couche d'encre de Chine étendue sur la substance blanche, et finissait en gagnant la substance corticale par acquérir une coloration d'un gris ardoisé très-foncé. La substance corticale était dans le point correspondant comme rongée et déprimée dans une étendue d'un demi pouce à peu près. M. Bouillaud rapporte, dans son excellent Traité de l'encéphalite, l'observation d'une jeune fille qui succomba à une méningite et encéphalite chronique, et sur laquelle on trouva la substance cérébrale ramollie, d'une consistance pulpeuse, d'un gris rougeâtre exactement semblable au tissu encéphaloïde ramolli et combiné avec une certaine quantité de sang. Trois endroits principaux, dit M. Bouillaud, étaient pour

ainsi dire les foyers de la phlegmasie. La substance grise qui entourait ces foyers offrait une teinte cendrée très-prononcée.

M. Bouillaud rapporte un cas d'encéphalite, suite de fracture des os du crâne où Saucerotte trouva la superficie de l'hémisphère droit engorgée et noirâtre; la substance du cerveau sous la fracture était contuse *et livide*, jusqu'à la voûte du grand ventricule qui était rempli de sang (page 12, obs. 3.me).

Je pourrais peut-être, en compulsant les ouvrages qui traitent des maladies de l'encéphale, et en cherchant à commenter le sens des expressions dont les auteurs se sont servis pour dépeindre certains aspects du cerveau, rencontrer des altérations de couleur de la substance corticale analogues à celle que j'ai décrite, mais je sais qu'on a droit de se méfier quelquefois des interprétations des commentateurs; je me bornerai donc au récit des faits qui me sont propres, ne voulant pas faire ici l'histoire complète des altérations de couleur du cerveau.

Il résulte des considérations et des observations qui font le sujet de ce Mémoire, que le cerveau, comme tous les organes du corps humain, peut présenter des altérations de texture et de couleur; que la substance corticale, plus vasculeuse que la substance blanche, doit être principalement le siége de ces altérations, lesquelles se rapportent à deux principales, la coloration rouge et la coloration ardoisée. Cette coloration ardoisée est incontestablement due à un état pathologique; elle s'éloigne trop de la couleur naturelle de la pulpe cérébrale ou de celle du sang qui pourrait passagèrement l'injecter, pour ne pas être considérée comme le résultat d'un travail morbide quelconque, et tout nous porte à la considérer comme une trace d'inflammation. Il est sans doute d'autres nuances intermédiaires difficiles à saisir et que peut-être nous parviendrons à reconnaître par la suite, à force de soins et

de recherches et, par exemple, la coloration jaune se présente quelquefois autour d'un épanchement ou d'un ramollissement; cette couleur est due, suivant M. Lallemand, à du pus infiltré dans la substance cérébrale. Il est possible qu'elle soit due également à d'autres causes. Enfin d'autres altérations moins sensibles et moins tranchées nous échappent souvent, soit que nous n'y apportions qu'une attention superficielle, soit que nous manquions d'expressions pour les caractériser. Ces colorations sont importantes à connaître, et il est fort utile de chercher à en apprécier la nature et la cause; car une altération de couleur peut indiquer qu'il s'est passé dans le tissu de l'organe un changement morbide capable d'avoir troublé l'exercice de ses fonctions; c'est ainsi que nous avons vu un ensemble de symptômes fort remarquable co-exister avec l'état pathologique de l'encéphale dans les observations que nous avons rapportées. Ainsi donc nous ne pourrions rigoureusement regarder comme essentielle une maladie après laquelle s'offrirait à l'autopsie cadavérique une simple altération de couleur de la substance corticale du cerveau telle que nous en avons cité des exemples. A mesure qu'on avancera dans l'étude des lésions de nos organes on verra se dévoiler peu à peu les causes encore cachées de quelques affections du système nerveux. Suivons donc avec ardeur la carrière dans laquelle nous ne faisons qu'entrer; ne nous lassons pas de diriger nos efforts vers la recherche du siége et des causes des maladies; le temps et l'expérience multiplieront les faits et justifieront les conséquences qu'on en pourra tirer. Rappelons-nous à cet égard cette maxime de l'élégant et judicieux Baglivi: *medicina non ingenii humani partus est, sed temporis filia.*

De l'épilepsie considérée dans ses rapports avec l'aliénation mentale. Recherches sur la nature *et le* siège *de ces deux maladies; Mémoire qui a remporté le prix au concours établi par M.* Esquirol *(2 septembre* 1825*), par MM.* Bouchet *et* Cazauvieilh*, internes des hôpitaux et hospices civils de Paris.*

L'épilepsie et l'aliénation mentale ont long-temps été l'écueil de la médecine spéculative et thérapeutique. L'observation des symptômes isolés de ces deux maladies était tout ce qu'on avait de positif sur ces deux sujets. Aussi, leur classification qui ne pouvait se baser que sur des symptômes, a été constamment isolée dans un cadre nosologique, ou bien placée parmi les maladies de uature inconnue; assemblage tout-à-fait hétérogène. Dans ces derniers temps, dans quelques mémoires adressés au concours fondé par M. Esquirol, on a cherché à éclairer ces deux maladies en en faisant un rapprochement, mais ces rapprochemens ont été basés principalement sur l'épilepsie considérée comme cause d'aliénation mentale; ces travaux n'ont point eu de publicité. Aujourd'hui nous voulons essayer ici d'établir ces *rapports dans toutes les circonstances de ces deux maladies*, et en tirer quelques inductions nouvelles, contens de prouver au moins que nous avons profité des leçons de M. Esquirol.

Lorsqu'après avoir suivi les autres hôpitaux de Paris, on entre à la Salpêtrière, et qu'on jette ses regards sur la nombreuse classe des aliénées et des épileptiques, on est frappé de voir une aussi grande différence dans les symptômes des maladies qui sont sous les yeux, et ceux des maladies qu'on vient de quitter. On est tenté de se demander si ces maladies n'influencent pas l'économie

sous des lois différentes ; parcourez les dortoirs des aliénées, vous y verrez d'un côté l'agitation, la fureur, les menaces ; de l'autre, des chants, des cris, des danses, partout délire général, impossibilité de fixer l'attention (manie) ; plus loin, interrogez d'une manière générale des femmes qui portent l'empreinte de la santé la plus brillante et de la tranquillité d'ame la plus parfaite, elles vous paraîtront sous tous les rapports présenter les conditions de la santé générale ; mais reportez leurs idées vers un objet particulier, les grandeurs, les dignités, le physique, vous ne pourrez plus suivre la série de leurs pensées qui roulent sur les choses les plus contradictoires, vous ne les comprendrez plus (monomanie). Plus loin vous voyez des femmes maigres, hâlées, portant l'empreinte de la tristesse la plus profonde ; quelques-unes gardent le silence le plus obstiné ; d'autres ne rêvent que supplices, injures, empoisonnemens, elles voyent des personnes ennemies, entendent des voix armées du reproche ou de la menace, et leurs idées ne sortent pas de ce cercle. Les raisonnemens les plus forts ne peuvent les distraire de ces fâcheuses préventions (lypémanie). Enfin, la dernière classe qui s'offre à vos yeux, et qui n'est le plus souvent que la terminaison des deux précédentes, est celle des démences ; c'est l'homme intellectuel dégradé et réduit à la condition la plus basse ; diminution des sensations, plus d'idées, plus de pensées, quelquefois plus de mouvemens, plus de voix, actes de la vie de nutrition sans conscience, et dans tous les cas absence de mouvement fébrile (folie).

Si après avoir considéré cet aperçu, vous prenez quelques renseignemens, vous apprendrez qu'un grand nombre de malades sont dans un état d'aliénation depuis nombre d'années, que quelques-unes sont à leur quatrième, cinquième entrée, avec des mois, des années d'intervalle, que presque toutes digèrent bien leurs alimens qu'elles prennent en abondance, et sont très-régu-

lièrement menstruées; on vous dira aussi que la plupart, dans certains temps et sous certaines influences qu'on ne peut préciser d'une manière bien positive, présentent des accès ou des exaltations de leur état d'aliénation. Vous observerez encore un grand nombre de particularités, mais toutes dérivent plus ou moins des points principaux que nous venons de tracer.

Si delà vous passez dans un dortoir d'épileptiques, un nouveau tableau non moins frappant que le précédent, étonnera votre vue. Jusques-là vous avez vu des lésions de l'intelligence sous plusieurs aspects; ici c'est une altération spéciale des mouvemens que vous allez voir affecter toutes sortes de formes. Une femme parlait, tout-à-coup elle pousse un cri, tombe, la foudre n'éclate pas plus promptement; les membres se roidissent, les mâchoires entrent en convulsions, le cou se gonfle, la face se tuméfie, la bouche se dévie, une écume abondante en sort; insensible, elle ne voit, n'entend, ne sent aucune excitation extérieure; les secousses générales, les convulsions, les tremblemens se succèdent rapidement; au bout de trois ou quatre minutes ils cessent, la malade fait une longue inspiration: l'accès est terminé (épilepsie), heureuse si la maladie ne produit qu'un accès; le plus souvent plusieurs se succèdent promptement et quelquefois en si grand nombre, que les malades succombent subitement; mais l'accès n'est pas toujours aussi violent et aussi général, quelquefois il n'affecte que la moitié du corps, d'autres fois que le membre supérieur et la face; souvent au lieu de convulsions vous n'avez que de simples étourdissemens, ou de simples vertiges comme on les a nommés. — Ils consistent dans une perte de connaissance plus ou moins complète, subite, le plus souvent avec convulsions des muscles de la face, d'un doigt, d'un membre. Il est quelques malades en petit nombre, dont les attaques s'annoncent par des prodrômes; une douleur

dans un membre, des crampes, des hallucinations, des douleurs de tête les constituent ordinairement; la douleur qui part du membre semble monter au cerveau, c'est *l'aura-epileptica.*

Dans quelques cas, après ces derniers accès vous verrez la maladie tout-à-fait terminée, et les malades reprendre leur état habituel; mais cela n'existe pas le plus souvent, le plus grand nombre conserve un air de stupéfaction, d'hébétude, quelquefois c'est une véritable démence; d'autres fois la fureur les agite, les propos les plus incohérens sont proférés par elles (manie); dans quelques cas plus rares, elles tombent dans un chagrin profond, plusieurs même attentent à leur vie (monomanie). Si vous examinez ensuite ces malades dans l'intervalle de leurs attaques vous verrez le plus grand nombre conserver à peu près une tenue ordinaire, mais cependant vous pourrez remarquer chez elles une nuance particulière dans le facies et dans le caractère; elles sont très-susceptibles, s'irritent facilement, sont sujettes à perdre la mémoire. Si ce caractère se prononce davantage, elles s'acheminent rapidement vers la démence; quelques-unes présenteront habituellement de l'incohérence dans leurs propos, avec agitation par accès (manie); d'autres rouleront leurs pensées dans un cercle d'idées, dont le principe sera faux, sans en sortir jamais (monomanie). Si maintenant vous faites la comparaison de ces divers états avec les aliénées, vous y retrouverez une ressemblance frappante, et dès-lors vous appercevrez *les rapports qui lient nécessairement l'aliénation mentale et l'épilepsie*, et qui vous feront déjà présumer une ressemblance dans la nature, et au moins une proximité dans le siège de ces deux maladies. Elles n'en resteront pas moins long-temps pour vous une espèce de problème, et vous les verrez long-temps isolées des maladies que vous connaissez déjà; mais lorsque vous aurez fait un grand nombre d'autopsies de l'une et de l'autre,

que vous aurez réfléchi sur la différence de structure de l'organe affecté avec les autres organes de l'économie, et partant sur les différences des fonctions, que vous aurez apprécié les résultats des expériences faites sur le cerveau des animaux, comparées à celles faites sur les autres organes, que vous aurez rapproché quelques faits de votre expérience dans les autres maladies, relativement au délire et aux convulsions de certaines affections cérébrales, et qu'enfin vous aurez appliqué toutes ces données les unes aux autres, vous parviendrez à vous former une idée plus précise de ces deux maladies; votre esprit sera rassuré sur les principes de médecine qu'il avait puisés dans l'étude des autres affections, et vous serez convaincus qu'une seule et même loi régit les maladies de l'économie, et que, quoique différentes dans leurs symptômes, leur nature se rapproche singulièrement.

C'est en suivant une pareille méthode que nous sommes parvenus à asseoir les opinions que nous allons émettre, et c'est en traçant une marche semblable que nous allons essayer d'entourer ces opinions de tout ce qui peut les fortifier et leur faire acquérir un certain degré de vérité.

Le but de ce mémoire est l'épilepsie considérée dans tous ses rapports avec l'aliénation mentale et les conséquences qu'on peut tirer de ce rapprochement. Pour pouvoir bien mettre au jour tout ce qu'il peut y avoir d'intéressant sur cette matière, nous voulons présenter, 1.° un tableau d'autopsies d'épileptiques, d'épileptiques aliénées, d'aliénées, et enfin de maladies cérébrales qui se rapprochent de ces deux maladies, en tirer des conclusions; 2.° un tableau d'observations d'épileptiques aliénées, rangées dans un ordre méthodique, propres à offrir les grandes différences des observations, en tirer des conclusions; 3.° un tableau des causes relatives à l'hérédité, à l'âge, à toute espèce de causes occasionnelles, en tirer des conclusions; 5.° quelques considérations générales sur le traitement des deux maladies.

§ I.er *Autopsie.* — 1.° *Epileptiques.*— *Obs.* I.re — Jouard, âgée de 30 ans; épilepsie à 5 ans, causée par la vue d'une exécution; menstruation régulière à 17 ans; attaques et vertiges rares sans prodrômes, non suivis d'aliénation mentale; J... s'exprimait assez facilement; elle disait avoir été hystérique jusqu'à l'âge de 21 ans; depuis long-temps affectée de phthisie pulmonaire et de gastro-entérite chronique, elle est morte le 7 février 1825; elle a éprouvé plusieurs vertiges, sans attaque, quelques jours avant. *Autopsie.* Amaigrissement considérable. *Tête.* Front étroit, parois du crâne mince; consistance bien prononcée de tout le cerveau; substance grise, divisée en deux parties égales par une bandelette légèrement rosée; substance blanche injectée; son aspect ressemble à celui de la pâte (aspect mat.); substance grise du cervelet un peu injectée; consistance de la blanche; arachnoïde d'un gris ardoisé, à la partie supérieure de la moëlle; celle ci ne présente rien de remarquable. *Thorax;* adhérences très-fortes des plèvres pulmonaires et costales; poumons remplis de tubercules petits et nombreux; muqueuse des bronches très-rouge. *Abdomen.* Muqueuse de l'estomac présentant des plaques rouges dans son grand cul-de-sac; petit cul-de-sac pointillé de rouge; intestins grêles très-rétrécis, présentant aussi plusieurs points enflammés et des taches brunâtres. Le gros intestin offre un grand nombre d'ulcérations augmentant vers la partie inférieure; autres organes sains.

Obs. II.—Simon, âgée de 27 ans, née d'un père aliéné, devenue épileptique pendant le traitement de la gale dont elle fut affectée à l'âge de 12 ans. Attaques rares, coïncidant avec la menstruation; constituant des états de mal de 8, 10 jours; vertiges peu fréquens avec symptômes précurseurs, réponses justes; son intelligence n'a pas été sensiblement altérée; péritonite chronique, ascite, vomissemens, diarrhée quelques jours avant la mort. Etour-

dissemens devenus plus fréquens; suppression des règles depuis long-temps; légères convulsions de la jambe et surtout du bras droit peu d'instans avant la mort, qui a eu lieu le 11 avril 1825.

Autopsie. Tête. Crâne épais; côté frontal gauche saillant; méninge non adhérente. Substance grise du cerveau pâle à l'extérieur, molle et injectée dans sa couche profonde, divisée par une ligne blanchâtre; substance blanche non injectée, molle, résistant très-peu à la traction; corps calleux très-mou. Couche blanche des couches optiques très-molle, la grise assez ferme. Corne d'Ammon très-molle; substance grise du cervelet très-molle; substance blanche assez ferme. Méninge recouvrant le bulbe rachidien d'un gris jaunâtre; l'autre partie de la méninge de la moelle est injectée. Moelle présentant vis-à-vis la quatrième ou cinquième vertèbre cervicale, et vis-à-vis la neuvième dorsale, deux ramollissemens composés de substance blanchâtre, crêmeuse, d'une mollesse extrême. *Thorax,* tubercules très-petits au sommet des deux poumons. *Abdomen;* péritoine rouge dans presque toute son étendue, présentant une foule de petits grains miliaires. Glandes lymphatiques très-développées entre les deux lames du mésentère, estomac offrant plusieurs points phlogosés; intestins sains, excepté la fin du colon qui est rétrécie et dont la muqueuse est pointillée de rouge.

Obs. III. — Tissie, âgée de 26 ans; menstruation régulière à 13 ans; épilepsie survenue à la suite d'une frayeur à l'âge de 16 ans. Attaques fréquentes, principalement à l'époque menstruelle, vertiges rares; affectée d'une gastro-entérite chronique et de pneumonie chronique; elle a eu une attaque d'épilepsie la veille de sa mort, arrivée le 22 janvier 1825.

Autopsie. Tête. Méninges médiocrement injectées; substance grise injectée principalement à la partie supérieure du cerveau; substance blanche généralement dure, consis-

tante, résistant à la traction; moelle ferme et consistante, excepté vis-à-vis la deuxième vertèbre dorsale et la dernière, où l'on remarque deux points ramollis avec altération de la substance grise. Vers la partie supérieure et moyenne de la grande faux, entre l'arachnoïde et la dure-mère, deux plaques osseuses de la largeur d'une pièce de 20 sous. A la surface antérieure de la moelle, la méninge en présentait plusieurs beaucoup moins étendues. *Thorax*; poumons contenant beaucoup de tubercules, principalement dans les lobes supérieurs. *Cœur*, hypertrophie du ventricule gauche. *Abdomen*; estomac présentant de légères plaques rouges à son grand cul-de-sac, muqueuse ramollie; intestin grêles offrant un grand nombre de points enflammés, et les gros intestins beaucoup d'ulcérations comprenant la membrane muqueuse et la musculeuse.

Obs. IV. — B..., âgée de 30 ans; menstruation régulière, début et causes de l'épilepsie inconnus; attaques fréquentes dans le principe, n'en a pas eu depuis deux ans; première gastrite dans l'hiver, deuxième au commencement du printemps avec fortes douleurs à l'épigastre, vomissemens d'une matière sanguinolente, morte dans de violentes convulsions épileptiques. *Autopsie.* — *Tête.* Méninges injectées, s'enlevant facilement, teinte rosée légère de la substance grise; substance blanche un peu injectée, consistance dans l'état normal, tout le cerveau généralement injecté. *Thorax*, splénisation du poumon gauche. Plaques osseuses à la valvule mitrale. *Abdomen.* Estomac présentant dans son grand cul-de-sac une teinte rougeâtre, commencement de ramollissement pulpeux, amincissement de la muqueuse. Dans les autres parties, plaques rouges et amincissement de la muqueuse; intestins grêles enflammés dans plusieurs points.

2.° *Epileptiques aliénées. Obs.* V. — Adam, âgée de 40 ans; menstruation régulière, épilepsie à 17 ans, sans

cause connue; dans le principe, attaques seulement tous les mois à l'époque menstruelle. Devenue plus fréquentes depuis long-temps, précédées de vertiges. Avant le grand mal, facultés intellectuelles assez développées; depuis qu'il est devenu très-fréquent, marche rapide vers la démence continue. Gastro-entérite développée le 20 juin 1825; mort sans convulsions le 30 du même mois. *Autopsie. Tête*. Méninges injectées, non adhérentes, substance grise injectée. Substance blanche généralement injectée, d'une consistance ferme résistant à la traction. Légères adhérences des cornes d'ammon avec la paroi supérieure des ventricules; plaques cartilagineuses, présentant quelques points osseux developpés dans le tissu de la dure-mère vis-à-vis la septième vertèbre cervicale. Consistance prononcée de la moelle dans toute son étendue. *Thorax*.— Poumons sains; muqueuse bronchique rouge, légère hypertrophie du ventricule gauche. *Abdomen*. Muqueuse de l'etomac, d'une couleur d'ardoise dans toute son étendue, pointillée de rouge dans quelques points, traces rosées éparses dans les intestins, surtout les grêles, les autres organes sains.

Obs. VI. — Allain, âgée de 38 ans, d'une constitution lymphatique, ignorant la cause et l'époque du début de l'épilepsie ; attaques très-fréquentes sans prodromes, accompagnées d'évacuations involontaires, démence continue. Affectée depuis long-temps d'une bronchite, l'inflammation s'est communiquée au poumon. L'état des facultés intellectuelles ne permettait pas de constater la sensibilité du ventre. La digestion a été bonne jusqu'aux derniers jours où le dévoiement est survenu. Morte le 25 février 1823, elle n'avait pas eu d'attaques ni de vertiges ordinairement très-fréquens, depuis une quinzaine de jours.— *Autopsie. Tête*. Crâne injecté, front rétréci, sinus de la dure-mère gorgés de sang, méninges injectées, épaissies, non adhérentes; cerveau

peu volumineux ; hémisphère droit plus développé que le gauche dans toute son étendue, et principalement à la région pariétale. Circonvolutions du même hémisphère plus étendues que celles du gauche, qui sont très-petites; consistance très-marquée de la substance grise, et surtout de la blanche ; ventricule droit rétréci, présentant un peu de sérosité, présentant postérieurement une adhérence membraneuse ; corne d'Ammon légèrement rosée, consistante ; cloison transparente épaissie, résistante ; protubérance annulaire, moins dense que le reste du cerveau ; cervelet très-mou ; lobe gauche un peu plus petit que le droit ; substance grise molle, la blanche est d'un gris violacée, molle, très-petite. Ramollissement vis-à-vis la quatrième vertèbre dorsale, dans l'étendue de deux travers de doigt. *Thorax.* — Cœur très-volumineux. Inflammation du lobe inférieur du poumon gauche. *Abdomen.* — Muqueuse de l'estomac dansla moitié supérieure, décolorée, d'un blanc argentin. Ramollissement commençant dans la moitié inférieure ; plaques phlogosées, rougeâtres, quelques-unes brunâtres. Intestins grêles sains; gros intestins présentant quelques points phlogosés.

Obs. VII.e — V......... âgée de 23 ans, ayant un frère et un cousin aliénés, ignore la cause et l'époque du début de son mal, qui a lieu principalement la nuit, avec signes précurseurs. Plusieurs attaques se répètent successivement, reviennent à des époques variées, devenues plus fréquentes depuis quelque temps ; démence habituelle, avec grande agitation après des états de mal. Vertiges très-fréquens huit jours avant sa mort, attaques devenues plus fréquentes qu'à l'ordinaire, sans excitation. Morte immédiatement après une attaque ; *Autopsie*; embonpoint peu marqué ; bras gauche fortement contracté. *Tête*; sinus de la dure-mère gorgés de sang ; cerveau déprimé vers le front et très-petit ; épanchement de sang entre la dure-mère et les méninges. Celles-ci injectées,

épaissies à la voûte, circonvolutions petites; substance grise très-injectée, rosée, vineuse, formant une couche peu épaisse. Substance blanche, dense, résistante, à vaisseaux très-dilatés; ventricules d'une capacité très-petite; voûte à trois piliers très-résistante; corps striés légèrement injectés et plus mous que le reste de la substance cérébrale; couches optiques légèrement rosées, d'une grande densité; vaisseaux très-dilatés; protubérance cérébrale molle; substance grise du cervelet injectée; moelle très-dense et résistante à sa partie supérieure; sérosité abondante dans l'arachnoïde spinale; injection de la dure-mère rachidienne; substance grise de la moëlle très-injectée, surtout vis-à-vis la deuxième vertèbre dorsale et au tiers inférieur de la moelle. *Thorax*; poumon droit refoulé, très-petit, adhérent aux côtes, contenant des tubercules très-petits. *Abdomen*; estomac présentant dans son grand cul-de-sac une plaque inflammatoire de la largeur d'une pièce de deux sols. *Intestins sains*; ovaire gauche du volume d'une grosse pomme, contenant une grande quantité de cheveux, les uns libres, les autres adhérens, ayant 5 à 6 pouces de longueur, collés ensemble par une matière semblable à du miel.

Obs. VIII.e — D..... âgée de 21 ans, épileptique à 3 ans, bien réglée à 14 ans. Attaques sans prodrômes, très-fréquentes, presque tous les jours. Vertiges plus fréquens encore; état de démence ou d'imbécillité, manque de renseignemens à cet égard, ses réponses sont très difficiles et souvent inintelligibles; attaques suivies de la paralysie du côté gauche; elles sont devenues très-fréquentes cinq à six jours avant la mort, arrivée lorsqu'elle était exposée à de violentes convulsions épileptiques. *Autopsie* le 5 février 1825. Embonpoint ordinaire. *Tête*; front incliné en arrière, étroit; crâne très-petit, épais, injecté; méninges injectées, très-rouges à la face externe des lobes antérieurs, principalement à droite; bandelette blanchâtre

divisant la substance grise injectée ; substance blanche injectée, d'une consistance ordinaire.

Obs. IXe — L..... âgée de 25 ans, réglée à 15 ans, épileptique dès l'enfance ; attaques très-fréquentes, précédées, accompagnées ou suivies de vertiges, sans prodrômes ; elle est arrivée à la Salpétrière dans un état de démence ; elle paraît avoir reçu de l'éducation, elle sait encore lire ; paralysie incomplète du côté droit ; mort dans un long accès d'épilepsie ; elle a été trouvée couchée sur la face. *Autopsie. Tête* ; front plat et étroit ; quelques circonvolutions des lobes antérieurs paraissent atrophiées ; substance grise très-injectée, violacée, divisée dans plusieurs endroits par une bandelette blanchâtre ; substance blanche injectée, peu consistante ; vaisseaux des membranes tapissant les ventricules peu engorgés ; méninges grisâtres à la naissance de la moelle ; substance grise de celle-ci injectée. La moelle en masse a paru plus volumineuse et peut-être plus dense que dans l'état normal. *Thorax* ; cœur vide de sang ; poumons gorgés de sang bleuâtre, le gauche contient des tubercules à son sommet. *Abdomen* : estomac offrant des rides à l'intérieur, très-saillantes, très-rouges, mucus abondant, intestin grêle présente des points phlogosés ; il contient une matière blanchâtre de la consistance de la bouillie. La malade avait mangé peu de temps avant sa mort.

Obs. X.^e — Siméon, âgée de 31 ans, épileptique de naissance ; sa mère, disait-elle, avait eu de violens chagrins pendant sa grossesse ; menstruation régulière, attaques presque tous les jours, surtout à l'époque des règles ; étourdissemens fréquens. La malade devient méchante avant les accès, qui sont suivis de vomissemens bilieux ; elle ne sait pas s'habiller, est très-malpropre, très-irascible, entre en fureur si on l'excite. Passée à l'infirmerie le 10 juin 1825 pour une irritation gastrique, les deux jours précédens attaques très-fréquentes ; saignée du bras,

sangsues aux apophyses mastoïdes, boissons délayantes; mort le 13 sans convulsions.

Autopsie. Crâne très-épais, pesant, injecté, point éburné; arachnoïde un peu injectée, s'enlevant facilement; masse générale du cerveau très-considérable, circonvolutions très-larges, surtout les antérieures et supérieures; elles ont 6, 8 lignes et plus de largeur; substance grise injectée, présentant une épaisseur considérable; substance blanche très-visqueuse, injectée et cédant beaucoup à la traction sans se rompre; petite masse de matières grisâtres dures et résistantes contenues dans la corne d'Ammon du côté gauche; protubérance cérébrale plus molle que dans l'état normal; substance grise du cervelet un peu injectée; moelle très-grosse dans toute son étendue et assez consistante, excepté vis-à-vis la seconde vertèbre dorsale où elle est ramollie. La couleur de la substance ramollie semble différer de celle du reste de la moelle; beaucoup de sérosité dans les membranes rachidiennes, qui paraissent saines. *Thorax*. Poumons et cœur sains. *Abdomen*. Estomac présentant dans son grand cul-de-sac un ramollissement étendu comme la paume de la main. Les parois vont en s'amincissant de la circonférence vers le centre. Au centre il ne paraît plus y avoir de péritoine; arborisation veineuse dans toute l'étendue du ramollissement. Les autres parties de l'estomac sont pointillées de rouge, intestin grêle très-rétréci vers le cœcum, présentant de légères plaques rouges.

Obs. XI. — Lefort, âgée de 52 ans, réglée à 14 ans, épilepsie à 47 ans, causée par le chagrin d'avoir perdu son mari; les attaques se renouvellent à peu près toutes les trois semaines; le plus souvent c'est un état de mal avec convulsions seulement du côté gauche du corps. Résolution complète de ce côté après les attaques; durant 2 ou 3 jours, elle pleure sans motif. Les facultés intellectuelles sont très-faibles; le jugement et la mémoire sont abolis.

Le 6 mai 1825, à 2 heures de l'après midi, elle a été prise de convulsions qui ont duré jusqu'à 4 heures du matin; les attaques se pressaient tellement qu'il n'y avait presque pas d'intervalle entre elles; sangsues aux tempes, sinapismes aux extrémités inférieures; un peu d'amélioration, puis grand escarrhe au sacrum; morte le 17 avec de légères convulsions dans le côté gauche. *Autopsie*. *Tête*. Crâne mince, injecté, front applati, fuyant; méninges injectées, épaissies, non adhérentes; circonvolutions très-petites, même relativement à la masse du cerveau qui est également très-petite. Substance grise injectée, rosée, principalement à l'extrémité du lobe droit occipital. A l'extrémité antérieure du lobe gauche frontal, un kyste de la forme et du volume d'une amande, contenant un peu de sérosité; la substance blanche qui l'entoure est fibreuse et d'un blanc grisâtre; à la partie antérieure du lobe droit, un kyste semblable au précédent. Substance blanche du cerveau molle. Couches optiques rosées; corps striés plus injectés que les couches optiques. Méninge du cervelet adhérente à la substance grise qui est peu consistante. Moelle enlevée difficilement, ne présentant rien de remarquable. *Thorax*. Légères adhérences entre les plèvres pulmonaires et costales. Ventricule gauche du cœur hypertrophié à tel point que la cavité est presque effacée. *Abdomen*. Estomac peu dilaté, muqueuse rosée, offrant des plaques rougeâtres et de l'épaississement; intestins grêles sains, gros intestin enflammé dans plusieurs points. Deux tumeurs fibreuses dans le corps de la matrice.

Obs. XII. — Proily, âgée de 37 ans, réglée à 14 ans, épilepsie à 13 ans, attaques très-fréquentes sans symptômes précurseurs. Vertiges fréquens, démence, impossibilité de savoir l'état antérieur de ses facultés intellectuelles. Le 4 juin 1825, a eu une attaque très-violente, peu de temps après son repas de midi; morte dans l'accès. *Autopsie*, embonpoint très-considérable. *Tête*. Cuir che-

velu très-injecté; le crâne aussi. Méninges injectées, friables, difficiles à enlever, non adhérentes à la substance grise. Une circonvolution de l'hémisphère droit atrophiée. Substance grise légèrement rosée; plus injectée néanmoins et plus molle sur les parties latérales du même hémisphère; même état de l'hémisphère gauche. Substance blanche à vaisseaux dilatés, d'une consistance moins ferme que dans l'état naturel; un peu de sérosité dans les ventricules; vaisseaux veineux des corps striés très-dilatés. Substance grise des corps striés légèrement rosée, d'une faible consistance; protubérance cérébrale molle. *Thorax*; poumons violacés, bleuâtres, d'ailleurs crépitans. *Abdomen*. Estomac contenant des alimens à demi digérés, muqueuse généralement très-rouge, pointillée dans quelques endroits; muqueuse des intestins blanchâtre; moelle généralement peu consistante. Membrane rachidienne un peu rouge.

Obs. XIII. — N..., âgée de 25 ans, parent épileptique. Menstruation abondante et régulière à 12 ans. Epilepsie à la même époque causée par la frayeur. Attaques très-fréquentes; état de mal composé de 30 à 40 attaques. Celles-ci sont suivies d'aliénation mentale, véritable manie caractérisée par le délire, l'emportement, les menaces, etc. Dans les intervalles les facultés sont toujours très-médiocres; morte immédiatement après une attaque le premier mars 1825. *Autopsie*. *Tête;* méninge épaissie et rouge principalement à la partie supérieure du cerveau. Quelques circonvolutions atrophiées à la partie supérieures des lobes frontaux, près de la grande fente; substance grise très-injectée; substance blanche très-dure, très-résistante, criant sous le tranchant du scalpel, injectée; un peu de sérosité dans les ventricules latéraux. Substance grise des corps striés et des couches optiques très-injectée. Substance blanche des cornes d'Ammon très-résistante, et la grise très-injectée. Consistance molle du cervelet, estomac très-dilaté. Plaques disséminées, légè-

rement rouges; moelle d'un petit volume, d'une consistance très-marquée.

Obs. XIV.e—Saillant, âgée de 27 ans; menstruation et épilepsie à 12 ans, cette dernière attribuée à l'usage du camphre employé pour maladie accidentelle. Vertiges et attaques très-fréquens. État de mal; cette malade avait reçu beaucoup d'éducation avant d'être épileptique, connaissait la peinture, la musique, etc. Toutes ses facultés ont disparu à mesure que l'épilepsie a fait des progrès. Autrefois très-douce, aujourd'hui méchante, emportée, susceptible de fureur; cet état a nécessité son admission aux petites loges. Le 8 juin 1825, état de mal qui a duré jusqu'au 15; le troisième jour, elle a eu 90 attaques dans l'espace de quelques heures. Légères convulsions la veille de sa mort. Dans cet intervalle, irritation gastrique toujours croissante; saignée générale, sangsues à la tête, à l'épigastre, émolliens, etc. Mort le 16. *Autopsie. Crâne.* petit, mince, front fuyant. Méninge non-adhérente, substance grise injectée. Substance blanche des cornes d'Ammon, dure, consistante, se séparant facilement de la grise. Moelle généralement consistante. *Thorax.* Poumons engoués, crépitans. Hypertrophie du ventricule gauche. *Abdomen.*—Estomac rouge dans son grand cul-de-sac, diverses rides bleuâtres dans le petit cul-de-sac. Intestins grêles rouges dans différentes parties de leur étendue.

Obs. XV.e—Laleu, âgée de 28 ans. Épilepsie congéniale; menstruation régulière; attaques presque tous les jours et souvent plusieurs le même jour. Point de prodrômes, évacuations involontaires. Imbécillité ou démence; après les attaques elle est méchante; irritation gastrique: attaques devenues très-fréquentes. Mort le 3 juillet 1825. *Autopsie. Crâne.* Adhérences des méninges à la partie supérieure du cerveau, sur les bords des hémisphères et à la partie inférieure des deux lobes antérieurs. Substance grise de la base, dure et très injectée, surtout la plus interne; elle

est rosée et piquetée dans toute l'étendue de cette surface inférieure; à la partie supérieure des lobes antérieurs, deux dépressions correspondant à deux protubérances du crâne; celle du côté gauche est plus prononcée. Méninges épaissies, résistantes, fortement injectées; la première couche de la substance grise s'enlève et se sépare facilement de l'autre : elle est peu injectée à l'inverse de la deuxième couche. Cette substance grise est moins épaisse à la partie postérieure du cerveau qu'à la partie antérieure. Substance blanche injectée, pointillée, visqueuse, d'une consistance ordinaire. L'injection est inégale dans les diverses couches du cerveau; corps calleux très-consistant. Capacité médiocre des ventricules; corps striés et couches optiques un peu moins injectés que la substance blanche déjà examinée. Substance blanche des cornes d'Ammon, dure, s'enlevant par lambeaux; corne gauche plus développée que la droite. Injection de la protubérance cérébrale. Substance grise du cervelet injectée. Moelle assez dense généralement; le crâne est d'une épaisseur et pesanteur très-remarquables. Il présente, à la surface interne, des saillies et des anfractuosités très-prononcées, surtout à la partie antérieure où l'on en remarque deux principales. *Thorax.*—Poumon légèrement engoué. *Abdomen.*—Muqueuse de l'estomac, rouge, rugueuse, boursouflée, principalement dans le grand cul-de-sac. Intestins grêles légèrement rouges dans quelques points.

Obs. XVI.e—Leleu, âgée de 74 ans, menstruation de 21 à 48 ans; à 67 ans, frayeur, épilepsie. Attaques très-fréquentes dans le principe, puis environ tous les mois; point de prodrômes. Perte complète de la mémoire et du jugement, affection du cœur; gastro-entérite chronique : refus de médicamens, abus de régime. Quelques jours avant sa mort, attaques tous les jours, accompagnées de vertiges. *Autopsie le* 20 *mai* 1825.—*Crâne* mince,

injecté, front fuyant en arrière, très-étroit, méninges injectées, circonvolutions cérébrales profondes. Substance corticale d'un gris rosé, divisée par une troisième substance blanche. La couche profonde de la substance grise est plus profonde que l'autre. Substance blanche d'un blanc sale, injectée. Un peu de sérosité dans les ventricules. Légères adhérences du corps strié avec la surface interne et postérieure du ventricule; couches optiques, consistantes et légèrement rosées; substance corticale du cervelet, molle, substance blanche injectée. Moelle présentant au tiers supérieur une couleur rosée; consistance générale. *Thorax.*— Poumons engoués à leur partie postérieure; muqueuse des bronches très-rouge, épaissie. Cœur rempli de sang. Dilatation de l'oreillette droite. *Abdomen.*—Amincissement et ramollissement très-considérables du grand cul-de-sac de l'estomac. Veines très-dilatées, formant des arborisations. Intestins grêles présentant des points ardoisés. Les gros intestins offrent de nombreuses ulcérations; pâleur remarquable de la muqueuse.

Obs. XVII.ᵉ — Liébod, âgée de 77 ans, dit avoir été affectée, à 73 ans, du ver solitaire, dont elle a rendu quelques fragmens; à cette époque, attaques d'épilepsie sans autre cause connue; avec prodromes. Les accès d'épilepsie ont lieu plusieurs fois dans le mois, accompagnés de vertiges. Facultés intellectuelles abolies. La malade croit toujours avoir le ver solitaire, refuse les soins qu'on veut lui donner pour une affection du cœur, causant l'asthme, une douleur à l'épigastre et un fort dévoiement qu'elle a depuis très-long-temps. Morte sans convulsions, le 24 juillet 1825. *Autopsie.*— *Crâne.* Écoulement de la sérosité à l'incision de la dure-mère. Méninges infiltrées d'une grande quantité de sérosité, circonvolutions nombreuses et petites aux lobes antérieurs. A l'extrémité des lobes temporaux, méninges non-infiltrées

entraînant avec elles la première couche de la substance grise. Dans ce point cette substance est très-molle et rosée ; ces deux lobes antérieurs sont légèrement injectés : généralement la substance grise présente une teinte foncée en couleur sans être précisément rosée. Substance blanche un peu injectée ; sérosité limpide dans les deux ventricules ; teinte foncée, légèrement lie de vin dans les deux couches optiques à-peu-près au même degré. Cornes d'Ammon d'une consistance remarquable, la substance blanche ne se sépare pas de la grise. Artère vertébrale gauche très-dilatée, formant une poche avant sa jonction avec la droite. *Thorax.*— Anciennes adhérences des plèvres costales avec les plèvres pulmonaires ; ventricule droit du cœur très-dilaté. *Abdomen.*— Estomac volumineux ; amincissement extrême des parois dans le grand cul-de-sac. Absence de la muqueuse et dans quelques points de la musculeuse à la grande courbure ; ramollissement considérable à l'entour : du côté de la petite courbure et du pylore, ramollissement pulpeux et spongieux ; intestins grêles pointillés dans plusieurs endroits. Gros intestin offrant des plaques rouges. Adhérences anciennes et fortes entr'elles et à la paroi antérieure de l'abdomen. Tumeur fibreuse dans la matrice. Point de ver solitaire.

XVIIIe *Obs.* — M.***, âgée de 22 ans, a eu des parens très-proches hystériques ou aliénés. Début du premier accès en essayant de supprimer ses règles par les pédiluves froids à l'âge de 15 ou 16 ans ; attaques rares dans les premiers temps, devenant très-fréquentes, ainsi que les vertiges. Bientôt signe de démence ; elle ne connait plus ses parens, n'a aucun soin de propreté et perd la mémoire. Avant l'épilepsie, ses facultés intellectuelles étaient très-développées. Morte dans la nuit, immédiatement après deux attaques. *Autopsie. Crâne.* Adhérences des méninges à la substance grise, à la partie supérieure du

cerveau, sur le lobe postérieur et le cervelet; ramollissement de la substance grise qui y correspond, partagée en général en deux couches, par une ligne blanche, la couche interne est rosée; couches optiques injectées; substance grise de la corne d'Ammon un peu ramollie; trois ramollissemens à la moelle épinière, à la distance de deux travers de doigts chacun, avec légère altération dans la couleur. *Thorax.* Muqueuse des bronches fortement injectée de sang; poumons gorgés de sang écumeux; lobe inférieur du poumon droit se déchirant facilement, adhérent à la plèvre; ventricule très-ample, à parois peu épaisses; estomac présentant quelques plaques rougeâtres.

§ II. *Aliénées.—Obs.* XIX.e— D.., âgée de 50 ans; séjour de deux mois, manie, diminution marquée de la sensibilité dans les derniers temps de la vie; absence de délire plusieurs jours avant la mort; symptômes d'un cancer à l'estomac. *Autopsie. Crâne.* Substance grise superficielle très-peu injectée, membrane adhérente à la substance grise du cervelet; ramollissement et teinte rosée de cette substance. La densité des autres parties du cerveau et du cervelet contrastait avec cette altération. *Abdomen.* Cancer de l'estomac ulcéré, occupant les environs du pylore.

Obs. XX.e — B..., âgée de 64 ans; séjour de deux mois; ancienne manie; démence; paralysie générale; signes de gastro-entérite aiguë. *Autopsie. Crâne.* Surface de la substance grise, chagrinée, inégale, presque comme une peau de chamois; forte injection avec teinte rosée de cette substance au-dessus d'une couche blanche qui tranche avec l'injection. Injection légère et augmentation de la densité de la substance blanche; injection lie-de-vin des corps striés et des couches optiques; rouge-violacé de la substance grise de la corne d'Ammon; corne d'Ammon gauche beaucoup plus volumineuse, pâle, offrant une substance d'enveloppe d'une ligne d'épaisseur et d'une consistance presque lardacée. Légère augmenta-

tion dans la consistance de la substance blanche du cervelet. *Abdomen.* Injection et rougeur générale de la muqueuse de l'estomac.

Obs. XXI.—B..., âgée de 50 ans; séjour d'un an et cinq jours; démence avec accès d'agitation; non-paralysée. Sensibilité naturelle; agitation dans les derniers jours. *Autopsie.*— *Crâne.* Aspect général de la substance grise, rugueux, chagriné, le sommet des circonvolutions est aplati, inégal et présente des élévations et des enfoncemens. Consistance un peu plus forte, teinte plus prononcée qu'à l'ordinaire; la première couche enlevée, la substance est rosée dans toute l'étendue du cerveau; elle paraît assez résistante. La substance blanche, d'une consistance assez forte, est un peu injectée, ainsi que les corps striés, les couches optiques et les cornes d'Ammon. Le cervelet et la protubérance annulaire sont injectés au même degré.

Obs. XXII.e—B..., âgée de 40 ans; séjour de quatre mois et demi; manie, agitation fréquente. *Autopsie.*— *Crane.* Tissu cellulaire sous-arachnoïdien infiltré d'une sérosité très-abondante; substance corticale un peu moins dense que dans l'état normal, et d'une couleur rose-violacée. Les lobes temporaux paraissent plus résistans au scalpel que dans l'état naturel. Substance du cervelet généralement injectée. *Thorax.* Injection du larynx et des bronches; engouement des poumons. *Abdomen.* Forte injection de l'estomac et des intestins.

Obs. XXIII.e— G..., âgée de 40 ans, séjour de 21 jours, manie aiguë; ne répondant à aucune question; dans les derniers temps, tous les symptômes d'une gastro-entérite aiguë avec vomissemens abondans d'une matière jaunâtre. *Autopsie.*—*Crâne.* Membranes injectées, substance grise superficielle non altérée dans sa consistance, mais fortement injectée, et d'une teinte qu'on peut comparer presque au rouge de tuile. Vaisseaux de la substance blanche

gorgés de sang ; corps striés, couches optiques présentant quelques plaques rougeâtres : cervelet généralement injecté. *Abdomen*. Muqueuse de l'estomac très-épaisse, ridée, parsemée de plaques d'un rouge cerise ; quelques anses intestinales relevées sur elles-mêmes et fortement injectées à l'intérieur.

Obs. XXIV.e — D., âgée de 50 ans ; séjour de neuf jours. Ancienne manie, démence avec paralysie générale peu marquée. *Autopsie*. — *Crâne*. Épaisseur et injection prononcée des membranes du cerveau ; adhérences avec la substance grise aux parties supérieure et moyenne du cerveau ; circonvolutions aplaties dans les autres points, et présentant des rugosités et des inégalités. Aspect général de la substance grise, d'un rose-violacé très-marqué ; la couche la plus superficielle étant enlevée, on peut comparer la teinte, au rouge-brique ; substance blanche très-injectée, mais sur un fonds d'un blanc mat ; corps striés et couches optiques injectés par plaques. Cervelet injecté ; injection des bronches, des poumons et des intestins.

Obs. XXV.e — L..., âgée de 43 ans ; séjour de quatre jours ; arrivée avec une démence et une paralysie générale, répondait peu aux questions ; accusait de la douleur à l'estomac. *Autopsie*. — *Crâne*. Méninges un peu épaissies, adhérentes dans quelques points de la région supérieure du cerveau ; à la région inférieure, fausse membrane peu étendue entre les lames de l'arachnoïde ; substance blanche consistante et d'un blanc mat ; ancien kyste entouré de substance blanche, endurcie dans le lobe droit postérieur. *Abdomen*. Muqueuse de l'estomac, rouge, gonflée ; muqueuse intestinale rosée.

Obs. XXVI.e — L..., âgée de 40 ans ; séjour de plus d'un an, ancienne manie ; paralysie générale ; démence. *Autopsie*. — *Crâne*. Beaucoup de sérosité citrine entre les lames de l'arachnoïde et dans les ventricules ; fausses

membranes non-adhérentes dans la région supérieure; membranes épaissies, adhérentes, entraînant avec elles une substance grise, ramollie et fortement injectée dans tous les points du cerveau, face supérieure, face inférieure; consistance de la substance blanche non augmentée; cervelet très-injecté. Teinte plombée de la substance blanche qui paraît un peu plus consistante que dans l'état naturel. Membranes adhérentes, mais seulement à la face inférieure du lobe droit et encore dans une étendue assez circonscrite. *Thorax*. Engorgement du poumon droit à sa partie supérieure. *Abdomen*. Légère teinte rosée de la muqueuse de l'estomac.

Obs. XXVII.e — M., âgée de 33 ans; séjour de 6 mois; a eu la syphilis plusieurs fois. Traitée par le mercure; est entrée déjà affaiblie dans son intelligence; la démence a augmenté peu à peu. Paralysie générale peu marquée; intervalles d'agitation extrême; tous les signes d'une pneumonie intense. *Autopsie*. *Crâne*. Injection des vaisseaux de la pie-mère; infiltration de sérosité dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien; méninges s'enlevant facilement, mais entraînant avec elles une certaine portion de substance grise dans une grande étendue du cerveau, surtout aux parties supérieures, antérieures et latérales; teinte rosée de la substance grise, ramollissement de cette substance, surtout de ses parties latérale et moyenne, substance blanche nullement injectée, d'un blanc éclatant, corps striés et couches optiques un peu injectés; corne d'Ammon droite rosée; la gauche, pâle, ramollie. *Thorax*. Hépatisation des deux poumons.

Obs. XXVIII.e — G., âgée de 67 ans; séjour de douze ans; ancienne démence, augmentation depuis trois mois, avec un affaiblissement général des mouvemens, mais plus marqué du côté gauche que du côté droit; douleurs sincipitales. La paralysie du côté gauche va en augmentant relativement au côté droit. Conservation de la sensibilité; constipation opiniâtre; tout-à-coup, paralysie

complète du côté gauche; assoupissement, coma; toux, affection catarrhale; anévrysme du cœur; affaiblissement de la sensibilité; abattement général; convulsions légères du côté non paralysé; mort. *Autopsie. Crâne.* Adhérences de la méninge avec la partie supérieure du cerveau dans l'étendue d'un pouce, dans deux endroits séparés et dans toute l'étendue du lobe sphéno temporal; la substance cérébrale correspondant à ces adrences est molle, diffluente, d'un jaune-verdâtre; ce mode d'altération s'étend dans tout le lobe temporal en envahissant un peu d'avant en arrière dans le lobe frontal et dans le lobe occipital, et profondément sous la corne d'Ammon, dans le centre de la couche optique et dans la partie postérieure du corps strié. Les parties environnantes sont d'un rouge bien marqué; hémisphère gauche très-injecté, consistance ferme. *Thorax.* Dilatation du ventricule droit du cœur; hypertrophie du ventricule gauche. *Abdomen.* Estomac d'un rouge foncé; rouge-brun de la muqueuse de l'intestin grêle; gros intestin rosé.

§ III. *Maladies cérébrales extraites de divers auteurs.*— *Obs.* XXIX.—Jacoba, âgée de 59 ans, paralysée du côté droit, avec fièvre, membre de ce côté contracté par convulsion; les deux paupières de l'œil droit rapprochées convulsivement; face rouge, déglutition des liquides facile; mort. *Autopsie. Crâne.* Beaucoup de sérosité dans les ventricules, vaisseaux de l'arachnoïde injectés de sang noir et peu fluide. Ramollissement de la couche optique gauche. Substance pourrie et d'une mollesse diffluente (Morgagni).

Obs. XXX.—Une femme de 26 ans éprouva pendant 18 mois des douleurs de tête avec convulsions légères, puis céphalalgie intense avec fièvre et impossibilité de supporter la lumière. Convulsions fortes, revenant à plusieurs reprises, puis état comateux, mort 8 jours après l'apparition des premiers symptômes. *Autopsie. Crâne.* Injection de la substance corticale à la partie antérieure et supé-

rieure des deux hémisphères et postérieure gauche, avec ramollissement. (Abercrombie).

Obs. XXXI. — Un homme d'une petite stature, était sujet à des accès d'épilepsie dont un le fit périr en peu de jours. *Autopsie. Crâne.* Ramollissement des deux couches optiques; coloration brunâtre avec mollesse. (Morgagni).

Obs. XXXII. — Un homme de 36 ans fut porté à l'Hôtel-Dieu, ayant les membres supérieurs et inférieurs des deux côtés du corps fortement fléchis et agités de violens mouvemens convulsifs. Disparition des mouvemens convulsifs, soubresauts dans les tendons. Disparition des symptômes nerveux le quatrième jour; ictère le cinquième; escarrhe gangréneuse au coccyx, septième jour, membres du côté gauche, comme paralysés, dans un état de roideur permanente; tête inclinée sur l'épaule gauche, face un peu tournée à droite; mort subite le 9. *Autopsie. Crâne.* Ramollissement avec suppuration du lobe moyen droit et du corps strié. (Lallemand).

Obs. XXXIII. — Marchetti, âgé de 81 ans, ayant une grande difficulté d'uriner, devint mélancolique, eut un accès *d'épilepsie* qui ne dura qu'un quart d'heure. Quelques instans après nouvel accès, saignée; cinq jours après, violente attaque d'apoplexie avec écume à la bouche; perte des facultés intellectuelles, mort au bout de 30 heures, 6 jours après le premier accès. *Autopsie. Crâne.* Vaisseaux de l'intérieur et de l'extérieur du crâne gorgés de sang. Substance corticale très-molle, ramollissement de cette substance des deux côtés. Abcès dans le ventricule gauche; calcul dans la vessie. (Valisniéri).

Obs. XXXIV. — Lucas, âgé de 30 ans, fit une chute en 1814 sur la tête, saignée réitérée plusieurs fois; aussitôt la plaie guérie, accès d'épilepsie, provenant de la moindre contrariété. En 1815, affaiblissement de son intelligence, absences fréquentes; quelque temps après convulsions de la face, des yeux et du bras droit; augmentant par la

pression de la région épigastrique. Constriction des mâchoires; le deuxième et le troisième jour même état de stupeur; continuation des mouvemens convulsifs du bras droit, devenus ensuite plus fréquens et plus forts. Engourdissement, commencement de paralysie du membre. Mort. — *Autopsie. Crâne.* Au niveau du lobe antérieur gauche du cerveau, dure-mère épaissie, adhérente avec l'arachnoïde et la substance grise, molle, pulpeuse en cet endroit, et d'une couleur jaunâtre; même altération à la plus grande partie du lobe antérieur. (Lallemand).

Obs. XXXV. B., âgée de 23 ans. Accouchement. Quelque temps après, frisson suivi de chaleur; pouls habituellement petit et fréquent; langue pâteuse; administration de l'émétique. Demi-heure après, perte de connaissance, du mouvement et du sentiment du côté droit du corps. Bouche tirée à gauche. Bientôt mouvemens convulsifs de tout le corps avec secousses brusques, extension et flexion alternatives des membres. Contractions irrégulières des muscles du côté droit de la face; œil droit dirigé en haut et en dehors; paralysie; retour des accès à des intervalles de 2 ou 3 heures. Mort deux jours après la cessation des convulsions. — *Autopsie. Crâne.* Sérosité assez abondante entre les méninges et le cerveau; arachnoïde épaissie, blanchâtre, en général facile à enlever, adhérente vers le côté externe et supérieur du lobe moyen gauche dans l'étendue d'une noisette. Ramollissement de la substance corticale dans cet endroit. *Thorax.* Pleurésie chronique. *Abdomen.* Péritonite chronique. (Lallemand).

Obs. XXXVI. — A., âgée de 60 ans. Crâne enfoncé à la région frontale gauche par une pierre lancée avec violence. Perte de beaucoup de sang; le lendemain céphalalgie pulsative, altération de la mémoire; réponses justes, parole assez libre, impossibilité de tirer la langue; (*émétique.*) Troisième jour, déglutition difficile, soif, chaleur de la peau. Quatrième jour, assoupissement, ré-

ponses justes. 5.e, 6.e et 7.e jours, symptômes faisant des progrès. 8.e jour, délire, perte de connaissance; mouvemens convulsifs des membres et du tronc, avec distorsion de la bouche et des yeux; renouvellement des accès tous les quarts d'heure. Dans l'intervalle, respiration difficile, ronflement, œil fixe, bouche béante. Neuvième jour, cessation des convulsions, diminution de l'assoupissement; la connaissance revient; mais altération de la mémoire et du jugement; léger délire, commencement de paralysie des membres gauches. Le dixième juur, paralysie complète des membres, réponses justes, illusions d'optique; une secousse convulsive pendant la nuit. Le onzième jour, perte de connaissance, aphonie, insensibilité générale; mort. *Autopsie. Crâne.* Enfoncement de deux lignes de profondeur sur deux pouces de surface à la région frontale. A la partie postérieure inférieure du lobe droit du cerveau, inflammation d'un pouce et demi d'étendue de haut en bas et d'un demi-pouce dans les autres sens. Inflammation de l'arachnoïde des deux côtés du cerveau (Ducrot).

Obs. XXXVII. — Une femme âgée de 40 ans. Chute sur la partie latérale et supérieure gauche du crâne. Perte de connaissance pendant quelques instans, ensuite rien de particulier jusqu'au quatorzième jour. Gangrène de la plaie, fièvre. Le 34e jour, attaque d'apoplexie avec aphonie et perte du mouvement mais non du sentiment dans tout le côté droit; des convulsions comme épileptiques agitaient de temps en temps tout le corps. Mort le quatrième jour. *Autopsie. Crâne.* Arachnoïdite avec suppuration à gauche, ulcérations brunâtres du cerveau dans le même point. (Morgagni.)

Obs. XXXVII. — Un homme âgé de 30 ans reçut un coup d'un instrument contondant sur le côté gauche de la suture lambdoïde; la plaie prend un vilain aspect. Quelques jours après, abcès dans son voisinage. La plaie va bien;

écart de régime, accès de fièvre. Le quatrième jour, violens accès de convulsions épileptiques ; aphonie, mouvemens convulsifs dans le côté gauche du corps ; paralysie du côté droit, mort le dix-neuvième jour. *Autopsie. Crâne.* Epanchement de pus dans plusieurs points même éloignés de la plaie ; altération de l'os temporal, couleur cendrée de la dure-mère due au pus épanché entre elle et l'arachnoïde, coloration brunâtre du cerveau dans cette partie (Morgagni).

Obs. XXXIX. — Pirot, âgée de 16 ans ; menstruation régulière à 15 ans, chute d'un premier étage sur la tête ; douleurs lancinantes dans toute la circonférence du crâne (*sangsues, vésicatoires*) ; soulagement, guérison apparente; au bout d'un mois, douleurs très-vives, lancinantes dans les muscles sur lesquels avait été placé le vésicatoire. Convulsions épileptiques commençant par ces muscles, durant environ un quart-d'heure ; nouvelle attaque tous les jours, ensuite plusieurs dans le même jour et au bout de 18 jours presque continuellement. *Sangsues, saignée du pied, pédiluves ;* mouvemens convulsifs fréquens, vomissemens spontanés de matières vertes et filantes. Tantôt elle parle et tantôt elle garde un silence obstiné ; le lendemain, nouveaux accès avec frissons et refroidissement considérable, mort. *Autopsie. Crâne.* Lobe moyen de chaque hémisphère plus bombé que de coutume ; circonvolutions aplaties ; arachnoïde du lobe fort injectée ; trois cuillerées de sérosité environ dans les ventricules ; tente du cervelet adhérente à l'arachnoïde sous-jacente, par une mince exsudation couenneuse ; arachnoïde et toute la surface du cervelet rouge du côté gauche ; replis transversaux effacés ; à quelques lignes de profondeur, abcès enkysté, du volume d'un petit œuf de poule. (Lallemand.)

Obs. XL. — Un militaire, âgé de 26 ans, reçoit un coup de sabre sur la partie postérieure de la tête. Lésion de l'occipital ; six mois après, étourdissemens et vertiges,

douleurs de l'œil droit; le vingtième jour, côté droit paralysé tout-à-fait, perte de la parole, état carotique, bras droit agité de mouvemens convulsifs; mort. — *Autopsie. Crâne.* Abcès enkysté dans l'hémisphère gauche du cerveau. (Scultet.)

Obs. XLI. — Un gentilhomme était sujet à un mal de dents; évulsion de la dent, douleurs plus fortes. Vives contrariétés; accès d'épilepsie durant près d'une demi-heure; retour des convulsions épileptiques; syncopes fréquentes; épuisé de langueur; mort. — A la partie droite supérieure, près du centre du cerveau, abcès de la grosseur d'un œuf de poule, composé d'un pus blanc, fétide; épanchement de sérosité.

Obs. XLII.[e] — Un homme, âgé de 40 ans; mélancolie, chagrins cuisans, attaques d'épilepsies pendant 4 ans, très-fréquentes, hémicrânie à droite, état soporeux; mort. *Autopsie. Crâne.* Substance cérébrale de l'hémisphère droit, dure, comme squirrheuse, renfermant un abcès de la capacité d'un œuf de poule.

Obs. XLIII. — Benoite, âgée de 54 ans; constitution épileptique; peu réglée; à chaque époque menstruelle vertiges; à 59 ans, congestion cérébrale très-forte, disparition spontanée; éblouissemens devenus plus fréquens; nouvelles congestions encore plus fortes, sangsues à la vulve; le lendemain état comateux; l'œil gauche reste fermé, langue embarrassée; engourdissement dans les membres du côté droit; anévrysme du cœur; saignée de la jugulaire; immédiatement après mouvemens convulsifs très-forts dans les membres du côté droit et dans les muscles de la face du côté gauche; yeux renversés et divergens; le lendemain paralysie complète de l'œil gauche et du bras droit, serrement des mâchoires, accès convulsifs épileptiformes, semblables à ceux manifestés après la saignée, renouvellés plusieurs fois dans la journée; saignée du pied; retour des mêmes phénomènes le soir; le lendemain, abolition complète de l'entendement

et du sentiment, respiration précipitée, bouche écumeuse; mort. —*Autopsie. Crâne.* Arachnoïde épaisse, rouge, non adhérente, injectée; la portion qui recouvre la dure-mère des fosses occipitales est fortement colorée; sinus de la dure-mère gorgés de sang, ramollissement brunâtre de la partie centrale de la couche optique droite dans une étendue d'environ un demi-pouce. A la surface de la même couche, dans le ventricule latéral droit, espèce de couenne molle, fausse membrane récente de la longueur de 5 à 6 lignes, adhérente à la surface correspondante du *septum lucidum*. Plusieurs points des corps striés et de la protubérance offraient aussi un ramollisssement (Lallemand).

Obs. XLIVe — Gontin; épistaxis; écoulement par les oreilles supprimé par un coup sur la tête; absences fréquentes, quelquefois il devient *fou*; plus tard hémicrânie à gauche; la douleur augmente; désordre dans ses idées pendant 5 jours, perte entière de la parole, paralysie de tout le côté droit. *Autopsie. Crane.* Deux onces de sérosité dans les ventricules, abcès enkysté considérable dans le lobe postérieur gauche, ramollissement de la substance cérébrale environnante (Lallemand).

Obs. XLVe — Catarrhe pulmonaire; imbécillité, indifférence pour tout; absences fréquentes avec perte de la mémoire, attaque d'apoplexie avec hémiplégie à gauche, convulsions à droite, remission, nouvelle attaque; mort. = *Autopsie. Crâne.* Arachnitis chronique, ramollissement de l'hémisphère gauche, épanchement considérable de sérosité dans le ventricule droit (Lallemand).

Obs. XLVIe — N... âgée de 59 ans; anévrysme, hémiplégie à gauche; guérie. Plusieurs années après, céphalalgie, étourdissemens, perte du mouvement du côté gauche (*émétique*), perte de la parole et des fonctions intellectuelles; rigidité, roideur au bras gauche, roideur des membres droits sans paralysie; mort le cinquième

jour. *Autopsie. Crâne.* Inflammation de l'arachnoïde des deux côtés, deux abcès dans l'hémisphère droit du cerveau avec ramollissement.

I.er Tableau. — *Altérations cérébrales. — Épileptiques. — Épileptiques aliénées.*

Obs. I.re — Induration de la substance encéphalique; injection de la blanche; aspect mat.

II. Mollesse de la substance blanche et des corps calleux; mollesse de l'enveloppe blanche de la couche optique qui en est ferme; substance blanche cérébelleuse ferme.

III. Induration de la substance blanche, injection de la substance grise.

IV. Injection générale, teinte rosée de la substance grise.

V. Induration de la substance blanche; injection prononcée de la substance grise.

VI. Induration de la substance blanche; méningo-cérébrite chronique:

VII. Induration de la substance blanche; méningo-cérébrite.

VIII. Induration de la voûte à trois piliers et de la couche optique; injection générale, infiltration de sang dans le tissu méningien.

IX. Injection générale.

X. Induration de la substance blanche; injection des méninges.

XI. Mollesse de la substance blanche; deux kystes dans les lobes antérieurs; méningo-cérébrite.

XII. Mollesse de la substance blanche; cérébrite; injection et teinte rosée des corps striés et des couches optiques.

XIII. Induration de la substance blanche des cornes d'Ammon, méningite.

XIV. Induration de la substance blanche et des cornes d'Ammon; injection.

XV. Induration du corps calleux et des cornes d'Ammon; méningo-cérébrite chronique; adhérences.

XVI. Induration des couches optiques rosées, blanc sale de la substance blanche; substance grise rosée.

XVII. Induration des cornes d'Ammon; teinte rouge des couches optiques; méningo-cérébrite; adhérences.

XVIII. Mollesse des cornes d'Ammon; injection générale; méningo-cérébrite; adhérences.

II.e Tableau. — *Altérations cérébrales. — Aliénées.* —

Obs. XIX. Méningo-cérébellite chronique. Adhérences.

XX. Induration de la substance grise; inégalités, teinte rosée.

XXI. Inégalités de la substance grise, teinte rosée, induration de la substance blanche.

XXII. Mollesse générale; injection.

XXIII. Teinte rouge de la substance grise.

XXIV. Méningo-cérébrite chronique; adhérences. Inégalités et teinte rouge de la substance grise.

XXV. Méningo-cérébrite chronique; adhérences. Induration de la substance blanche.

XXVI. Méningo-cérébrite chronique; adhérences.

XXVII. Méningo-cérébrite chronique; adhérences.

XXVIII. Méningo-cérébrite; adhérences. Infiltration purulente du lobe temporal.

III.e Tableau. *Altérations splanchniques. — Epileptiques. — Epileptiques aliénées.*

Obs. I.re Tubercules dans les deux poumons, gastro-entérite, ulcérations des intestins.

II. Tubercules dans les deux poumons, péritonite et gastrique chroniques.

III. Tubercules dans les deux poumons, gastro-entérite chronique.

IV. Splénisation du poumon gauche, ramollissement et amincissement de l'estomac.

V. Hypertrophie du ventricule gauche; gastro-entérite aiguë.

VI. Ramollissement de l'estomac; pneumonie aiguë à gauche, anévrysme du cœur.

VII. Tubercules dans le poumon droit; gastrite aiguë.

VIII. Gastrite légère.

IX. Tubercules dans le poumon gauche; gastro-entérite aiguë.

X. Ramollissement de l'estomac.

XI. Hypertrophie du ventricule gauche du cœur; gastrite aiguë.

XII. Gastro-entérite aiguë.

XIII. Gastrite aiguë, légère.

XIV. Hypertrophie du ventricule gauche du cœur; gastro-entérite aiguë.

XV. Gastro-entérite aiguë.

XVI. Bronchite chronique; dilatation de l'oreillette droite, ramollissement de l'estomac.

XVII. Dilatation du ventricule droit; ramollissement de l'estomac.

XVIII. Pleuro-pneumonie chronique; anévrysme du cœur.

(*La suite au prochain Numéro.*)

Abcès enkystés du foie, ramollissement inflammatoire du même organe, avec épanchement de sang dans l'estomac et les intestins; observation recueillie par M. J. Bouillaud, *D. M. P.*

L'histoire des maladies du foie est encore bien loin

d'avoir acquis toute l'exactitude et toute la précision que l'on se plait à rencontrer dans quelques autres parties de la pathologie. C'est particulièrement sur les maladies aiguës de cet important viscère, que la science réclame de nouvelles recherches, c'est-à-dire des observations bien faites. Nous ne possédons qu'un très-petit nombre d'exemples d'inflammations aiguës du foie, et quelques médecins semblent même douter, sinon de l'existence des hépatites de cette espèce, du moins de celles caractérisées par la formation d'une quantité plus ou moins considérable d'un véritable pus, tel que celui que fournissent les phlegmasies phlegmoneuses. L'observation que je vais rapporter est un exemple d'hépatite avec suppuration phlegmoneuse.

Cogniasse (Jean), âgé de 22 ans, d'une forte constitution, teint et cheveux bruns, sujet à des étourdissemens, fut admis à l'hôpital de la Pitié, pour y être traité d'une fièvre maligne (ce sont les expressions du malade). Il sortit de cet établissement assez bien guéri. Quelques jours après, il prit un bain froid, à la suite duquel il survint un gonflement énorme du visage. Le malade, étant entré à l'Hôtel-Dieu, fut saigné, purgé plusieurs fois, et prit des bains de pied. Ces moyens firent complètement disparaître l'engorgement de la face; mais il y avait de la diarrhée, de la douleur dans l'hypocondre droit, de la fièvre, lorsque le malade, le 30 juillet 1822, sortit de l'Hôtel-Dieu, d'où il se rendit aussitôt après à l'hôpital Cochin. Il offrait alors les symptômes suivans : teinte jaunâtre du visage ; langue rouge sur les bords, *chargée* au milieu, inappétence, soif ardente, douleur au creux de l'estomac, coliques, selles très-abondantes, liquides *comme de l'eau* (1); son mat et absence de la respiration

---

(1) D'après les détails de l'autopsie cadavérique, il est probable que les selles contenaient une grande quantité de sang.

à la base du côté droit de la poitrine, respiration puérile au sommet, toux, oppression : abattement, malaise général, anxiété ; supination : peau chaude, alternatives de frissons et de sueurs, pouls fréquent et assez élevé.

Prescription du 31 juillet : (*saignée du bras, gomme édulcorée, trois bouillons*).

1.er et 2 août ; fièvre très-forte, persistance des coliques et du dévoiement : du reste, même état (*trente sangsues à l'épigastre*) ; le 4, le malade dit se trouver mieux. Cependant, dans la matinée, il a éprouvé un frisson d'un quart-d'heure, et l'anxiété ainsi que l'oppression sont toujours très-grandes. Le soir, à six heures, tremblement, *décoloration des pommettes, pâleur de la langue et des lèvres, anxiété inexprimable, pouls mince et presque filiforme, accéléré;* le malade dit n'éprouver aucune douleur locale. Deux accès semblables se renouvellent, la nuit suivante. Le 5, au matin, envies de tousser et de cracher, que le malade ne peut satisfaire, parce que, dit-il, l'haleine lui manque; douleur à la région diaphragmatique. Le soir, peu de changement ; douleur au creux de l'estomac ; crachats gélatiniformes, adhérens, peu abondans: les facultés intellectuelles sont intactes, malgré les angoisses qui sont toujours extrêmes. Dans la nuit, après s'être levé plusieurs fois pour aller à la selle, le malade éprouve de nouveau un tremblement violent, accompagné de petites quintes de toux continuelles. Le 6, au matin, fièvre très-vive, sueur, assoupissement pendant lequel les paupières laissent apercevoir une portion du globe de l'œil tourné en haut. Le 7, frisson, tremblement, et en même-temps peau brûlante, ventre élevé, dur, (*lavement diacode*). Le 8, anxiété plus considérable, hoquet (*une saignée du bras ; le sang coulant difficilement et sans jet, on n'en tira qu'une palette et demie*). Le soir, à 5 heures, le hoquet est continuel, l'anxiété est si grande que le malade ne sent point *son mal*, fièvre brûlante,

visage animé, langue rouge et sèche, soif insatiable; pouls fréquent, assez développé, mais facile à déprimer, comme rebondissant, peau sèche, léger trouble des facultés intellectuelles, ventre toujours élevé et comme balloné; le malade ne paraît pas souffrir quand on presse cette cavité; la respiration ne s'entend point à la partie inférieure du côté droit du thorax : le visage est rétréci, contracté (*quarante sangsues au côté droit et à la région épigastrique, potion calmante avec quelques gouttes de liqueur d'Hoffmann*). A 10 heures du soir, l'anxiété est moindre, le hoquet est très-rare, le pouls n'a rien perdu de son développement. A 11 heures, légère épistaxis, vomissement d'environ un demi-verre de sang liquide, d'un rouge brun, respiration anhéleuse, pâleur du visage, pouls précipité, faible et peu développé, œil languissant, tendance au sommeil, région épigastrique toujours tendue et sonore. Dans le reste de la nuit, du sang s'écoule par la bouche et par le nez. Le 9, râle trachéal, visage pâle et décomposé, lèvres décolorées, œil éteint, voix basse, faiblesse extrême, agonie... Le malade meurt, à 2 heures après midi, ayant conservé jusqu'au dernier moment l'usage de son intelligence.

Autopsie cadavérique, 24 *heures après la mort.*—1.° Habit. extér.—Rigidité cadavérique très-prononcée; cadavre d'un jeune homme vigoureux, bien conformé, muscles rouges, fermes et bien développés. Un liquide noirâtre abreuve la bouche: on le fait couler en abondance en comprimant le ventre. Celui-ci est dur et tendu; à peine ses parois sont-elles incisées que les circonvolutions intestinales s'échappent à travers l'ouverture.—2.° *Organes abdominaux.* Tout le système gastro-intestinal, mais particulièrement le cœcum et l'arc du colon sont énormément distendus par des gaz, de telle sorte que le foie, refoulé jusque vers la troisième côte, a, pour ainsi dire, envahi la place du poumon droit. L'estomac, à gauche, est également repoussé vers la

poitrine. La cavité abdominale contient environ deux verres d'un liquide presque purement sanguin ; le péritoine est généralement injecté, rouge, sec et comme visqueux. Le foie présente une injection sous-séreuse très-considérable, son tissu est plus dense que dans l'état naturel, grenu ; un scalpel, plongé dans sa profondeur, a pénétré dans un foyer rempli de bile pure, jaune, pouvant contenir un œuf ordinaire, et tapissé de toutes parts par une membrane pulpeuse d'une couleur jaune-verdâtre. Autour de ce foyer central, en ont été trouvés cinq autres, à-peu-près de même étendue, plus voisins de la face concave que de la face convexe du foie, mais contenant, au lieu de bile, un véritable pus, légèrement verdâtre, liquide et fétide ; tous ces abcès sont enkystés : le kyste est une membrane albumineuse, fragile, qui se détache aisément du tissu du foie. Celui-ci, autour des foyers purulens, est ramolli, d'une couleur lie-de-vin, tranchant avec les couleurs pâle-jaunâtre du reste du foie. Du sang est infiltré dans la substance ramollie, absolument comme cela se remarque dans les ramollissemens du cerveau. L'estomac contient un liquide brun, semblable à une décoction concentrée de café, et qui n'est autre chose que du sang mêlé aux boissons que le malade avait prises. La membrane muqueuse gastrique, blanche dans sa portion pylorique, présentant, dans sa portion splénique, deux longues et larges plaques d'un rouge veineux, semblables à des ecchymoses, se déchire en la râclant avec l'ongle. Le duodénum contient de la bile et n'est point injecté ; le reste de l'intestin grêle, au contraire, généralement injecté, est rempli de sang caillé, excepté vers la fin de l'iléon ainsi que dans le cœcum où il est liquide et mêlé à une grande quantité d'air : dans toute cette étendue, la membrane muqueuse est rouge comme si elle eût été teinte par ce liquide. L'épanchement sanguin est moindre à mesure que l'on approche du colon gauche ; à

partir de ce point on ne trouve que des matières jaunes, liquides, et la muqueuse est d'une pâleur remarquable ; il n'existe ni épaississement, ni ulcération de la membrane muqueuse, dans toute la longueur de l'intestin. — 3.° *Organes thoraciques*. La plèvre gauche est généralement injectée : sa rougeur est plus prononcée à la base du poumon, qui présente des plaques où cette couleur est si vive qu'on croirait qu'elle dépend d'une infiltration de sang : ses portions pulmonaire, médiastine, costale et diaphragmatique adhèrent entre-elles au moyen d'un tissu cellulaire frais, tendre et bien organisé. Le poumon gauche, crépitant, est gorgé, surtout à son bord postérieur, d'un sang qui s'en écoule en écumant. Dans le côté droit de la poitrine on ne trouve des adhérences qu'au sommet du poumon ; cet organe est refoulé vers la clavicule par le foie ; la plèvre diaphragmatique est très-rouge et admirablement injectée. D'ailleurs le poumon est crépitant comme celui du côté opposé. Les bronches et leurs ramifications sont tapissées d'un mucus sanguinolent ; leur membrane muqueuse est d'un rouge foncé. Le tissu cellulaire sous-pleural et sous-péritonéal est rouge et légèrement infiltré de sang. Les gouttières destinées à recevoir le bord postérieur des poumons contiennent une sérosité sanguinolente. Le péricarde renferme une médiocre quantité de sérosité d'un jaune foncé ; le cœur est volumineux, robuste, bien conformé, mais d'un tissu mou et flasque ; il contient des caillots de sang, blanchâtres dans les cavités droites, et noirs dans les gauches. La membrane qui tapisse ces cavités présente, surtout à gauche, une couleur d'un rouge-brun, contrastant avec le rouge-clair de l'aorte pectorale et ventrale. La membrane interne de cette artère, ainsi colorée, est très-facile à détacher. — 4.° *Organes encéphaliques*. L'arachnoïde et la pie-mère sont généralement injectées ; sérosité rougeâtre à la base du crâne et dans les ventri-

cules; substance cérébrale, d'une bonne consistance, peu injectée.

Réflexions. — S'il est facile d'analyser et d'expliquer les phénomènes d'une maladie peu compliquée, il n'en est pas ainsi de ceux d'une affection aussi compliquée que celle dont nous avons actuellement le tableau sous les yeux. Aussi, sans prétendre établir un rapport rigoureusement exact, entre les phénomènes que nous avons observés pendant la vie, et les lésions organiques que nous avons rencontrées sur le cadavre, nous nous contenterons des réflexions suivantes. Il nous semble que la teinte jaune de la face, la douleur dans l'hypochondre droit, pouvaient faire, nous ne disons pas reconnaître, mais soupçonner l'inflammation du foie. Les selles sanguinolentes, les vomissemens de même nature qui survinrent plus tard, signes évidens d'une hémorrhagie gastro-intestinale, coïncidaient avec d'autres phénomènes qui se rattachaient immédiatement à cette hémorrhagie; ces phénomènes étaient des frissons et des tremblemens, la décoloration du visage, l'anxiété, la petitesse du pouls, le hoquet, l'oppression (si toutefois ces deux derniers symptômes ne dépendaient pas de la compression du poumon droit et de la congestion sanguine de la plèvre diaphragmatique et du péritoine.) — Quant au météorisme des intestins et de l'estomac, résultat probable de la décomposition du sang et des autres matières contenues dans ces viscères, c'est une circonstance qui se remarque presque constamment dans les grandes inflammations gastro-intestinales, et qui produit souvent l'oppression dont se plaignent les malades, en refoulant les organes abdominaux vers le diaphragme, et en comprimant les poumons. Il est important de ne pas négliger cette circonstance. Quand il s'agit de rendre raison de l'oppression que l'on remarque dans les cas que nous examinons : sans cela, on pourrait rapporter l'oppression à une cause qui

ne serait rien moins que réelle, à une pleuro-pneumonie, par exemple. On serait d'autant plus tenté de croire à l'existence de cette dernière, que le son est mat à la partie inférieure du côté droit, tandis que la respiration est puérile à la partie supérieure de ce même côté, circonstances qui, comme nous l'avons vu dans l'observation ci-dessus rapportée, dependent quelquefois de ce que le foie, refoulé par les gaz intestinaux, a pour ainsi dire usurpé la place destinée, dans l'état normal, à la portion inférieure du poumon.

Que si l'on me demande qu'elle a été la cause de l'hépatite et de l'hémorragie gastro-intestinale dont je viens de rapporter l'observation, j'avoue que je n'ai sur cet objet que des données purement conjecturales. Or, répondre à une question par des conjectures, c'est presque ne pas répondre : autant et mieux vaut se taire tout-à-fait.

Exposé des divers procédés employés jusqu'à ce jour pour guérir de la pierre sans avoir recours à l'opération de la taille; par le docteur LEROY (*d'Étiolles*) (1). (II.e article.)

Nous voici maintenant arrivé à cette partie de l'ouvrage de M. J. Leroy, que nous avons jugé la plus essentielle. Le lecteur sera sans doute bien étonné de voir que des idées qui ont passé pendant quelque temps pour nouvelles dans le monde médical, au point d'attirer sur celui qui les disaient de lui seul, une gloire assez grande, étaient imprimées; que des dessins qui ne laissent nul doute sur les intentions d'un auteur, représentaient des instrumens propres à saisir la pierre dans la vessie, et propres à la briser.

Haller, dans sa Bibliothèque chirurgicale, dit que Sanctorius donna le dessein d'un cathéter à trois bran-

(1) Extrait par le docteur HEURTELOUP.

ches, dans lequel il introduit une tige terminée en forme de flèche, que l'on fait agir sur les calculs pour les briser; les fragmens sont ensuite saisis entre les mors de la pince et tirés au-dehors. M. Leroy pense que Haller aura été induit en erreur par l'inspection de la planche. Il a cru sans doute que la tige sagittée qu'on y observe devait briser les calculs, tandis qu'elle devait seulement rapprocher ou écarter les branches de la pince.

Quoi qu'il en soit, on sent bien que, pour parvenir à briser la pierre, il ne s'agissait plus que de changer la tige sagittée contre une autre tige armée d'une fraise ou d'une scie circulaire, et alors on eût été du temps de Sanctorius aussi avancé que nous le sommes maintenant. En regrettant, dans l'intérêt de l'humanité, que cela n'ait pas été fait alors, M. Leroy cite les deux seules tentatives de brisement de la pierre par l'urètre qui aient été faites, non par des médecins, mais par les malades eux-mêmes.

Le premier exemple est donné par un moine de Cîteaux, qui, faisant glisser une tige d'acier droite dans une sonde préliminairement introduite dans la vessie, frappait, lorsque l'instrument était en rapport avec le calcul, des petits coups secs et brusques avec un marteau d'acier. De cette manière il remplit, en une année, une boîte des fragmens entraînés par les urines, qu'il montrait volontiers aux curieux.

Le second exemple est fourni par le colonel Martin, au service de la compagnie des Indes. Au lieu d'introduire une tige terminée en biseau, comme le pratiquait le moine de Cîteaux, il se servait d'une petite râpe, et réduisit ainsi son calcul en poudre.

M. Leroy fait connaître le danger de ces procédés, et fait remarquer avec justesse que la main d'un malade, que la douleur force de s'arrêter à propos, peut seule pratiquer ces sortes d'opérations. Toutefois, il rappelle l'exemple fourni par MM. Magendie et Amussat, qui portèrent des

râpes sur un calcul adhérent; mais ce fait prouve plutôt en faveur de l'habileté des opérateurs qu'en celle de la convenance du moyen employé.

M. Gruithuisen, Bavarois, est le premier médecin qui ait publié le modèle d'un appareil pour briser les pierres dans la vessie ; et comme les idées imprimées de ce médecin ont une analogie avec les moyens employés par M. le docteur Civiale, mortellement frappante pour les prétentions de ce dernier, nous ne pouvons nous empêcher de donner la substance de ce que ce docteur Bavarois écrit dans la Gazette de Saltzbourg, 1813.

L'idée première de Gruithuisen est de détruire la pierre vésicale sans recourir à l'opération de la taille, et pour atteindre ce but il propose différens procédés que je vais indiquer sommairement.

1.° Il pense qu'au moyen d'injections, soit d'eau simple à différentes températures, soit d'eau contenant en dissolution des acides ou des alkalis, pouvoir détruire les pierres vésicales, et pour cela il expose en 1813, mais toutefois après Haller, tous les ingénieux procédés conçus en 1821, par notre confrère M. le docteur Jules Cloquet, qui, trop connu pour être aussi instruit qu'ingénieux, repousse au moins par son mérite toute idée de plagiat.

2.° Il pense encore que la destruction du calcul peut se faire non-seulement au moyen des réactions chimiques, mais encore il suppose, toutefois après quelques résultats obtenus au-dehors de l'organe vésical, que l'eau simple poussée avec force sur le calcul peut le détruire par son choc et sa qualité dissolvante : M. Gruithuisen appelle cette manière d'opérer, destruction du calcul *par diffusion*.

3.° Pour opérer cette diffusion, M. Gruithuisen a besoin de pratiquer le cathétérisme avec une sonde droite, et il pratique cette opération non-seulement avec une algalie droite, mais avec une algalie *d'un calibre considérable*. Cet essai qu'il corrobore d'expériences répétées,

le mène à la conclusion toute naturelle d'agir sur les calculs par des moyens mécaniques.

Ces moyens, il est vrai, ne sont supposés devoir être employés par lui que dans l'intention d'augmenter la surface du calcul qu'il veut mettre en rapport avec les menstrues dissolvantes : il veut perforer plusieurs fois le corps étranger pour multiplier les points de contact. Cette idée, jointe à celles exprimées par des dessins d'instrumens destinés à perforer la pierre, a été imprimée en 1813, *conçue* en 1809, et en 1823, il paraît un livre grossi de matières étrangères au sujet que nous traitons, dans lequel l'auteur s'attribuant l'invention exclusive et du procédé et des instrumens, traite de plagiaires ceux qui ont eu des idées analogues. Avouons que si lui-même ne mérite pas ce nom, il doit bien maudire le hasard qui a fait naître une coïncidence aussi fâcheuse.

Gruithuisen, qui voulait, comme je l'ai déja dit, perforer seulement les calculs pour permettre aux menstrues de s'insinuer dans leur intérieur, propose le moyen suivant : j'introduirais, dit-il, une sonde d'un calibre convenable; dans cette sonde je mettrais une tige armée d'un trépan destiné à diviser la pierre; à l'autre extrémité cette tige, entourée d'une poulie, sera mise en rotation par un archet; à l'extrémité de la sonde et latéralement seront pratiqués deux trous laissant passer des fils métalliques, qui, allant former une anse à l'extrémité du tube d'argent, me servira à saisir le calcul, qui sera de cette manière perforé.

M. Leroy trouve avec raison que ce brise-pierre est trop dangereux pour qu'il puisse être mis en usage. Il trouve l'anse métallique insuffisante pour assujettir la pierre, et que, conséquemment la vessie court risque d'être perforée.

En 1819, M. Eldgerton imagina, pour briser les pierres dans la vessie, un instrument courbe, qui, développé,

présente quatre pièces articulées, forcées de s'écarter en espèce de losange par l'effet d'un ressort convenablement disposé. La pierre, saisie par les côtés de ce losange, qui se rapprochent en tirant la canule interne qui supporte les branches dans celle qui est externe, est soumise à l'action d'une lime supportée par une tige élastique, de manière que cette lime se rapproche du calcul à mesure qu'elle l'use. Cette lame est introduite par la canule interne.

M. Leroy trouve l'instrument de M. Eldgerton habilement conçu, mais il dit avec raison qu'un forceps à deux branches seulement ne peut maintenir suffisamment le calcul, qui doit être immanquablement chassé d'entre les branches par l'action latérale de la lime; et parce que la vessie n'est point garantie contre le jeu de la râpe que rien ne borne ni ne dirige.

M. Amussat, en retrouvant la sonde droite presqu'oubliée, vit qu'il pouvait appliquer cette connaissance au brisement des pierres. Il fit construire un instrument ainsi conçu : dans un tube d'argent de 3 à 4 lignes de diamètre, d'une certaine épaisseur, il a introduit deux morceaux d'acier, tous deux terminés par les bouts qui doivent correspondre à la vessie par deux mors hérissés d'aspérités. Ces deux mors, lorsqu'on pousse les morceaux d'acier en dehors du tube, s'écartent et peuvent saisir un calcul lorsqu'on les retire en dedans du même tube. C'est à-peu-près le même mécanisme que la pince de Hunter. Mais le calcul saisi, M. Amussat veut le broyer par la seule pression de ces mors. Pour ce faire, il a pratiqué, à l'autre extrémité des morceaux d'aciers qui passent par l'autre bout du tube d'argent, des crans dont les arêtes sont dirigées du côté du mors. Dans ces crans viennent s'engager les becs de deux cliquets, qui permettent de tenir les morceaux d'acier en dehors du tube, mais qui les empêchent d'y rentrer. Tout-à-fait à l'extrémité des morceaux

d'acier, du même côté où se trouvent les crans, sont pratiquées deux mortaises de 4 lignes de long sur 3 lignes de large, dans lesquelles on fait basculer alternativement un levier conformé de manière à jouer avec facilité dans les mortaises. Or, une pierre saisie avec cet instrument, se trouve écrasée au moyen du jeu alternatif des deux branches, qui, à chaque oscillation du lévier prenant un point d'appui sur chacun des deux cliquets, éprouvent un mouvement d'ascension alternatif.

M. Leroy fait à cet instrument de M. Amussat le reproche de n'avoir que deux mors, reproche qu'il a déjà adressé à celui de M. Eldgerton; quant à nous, nous trouvons cet instrument fort ingénieux, en cela qu'il est simple de construction et qu'il doit avoir une grande puissance; cependant nous doutons qu'il soit d'un usage bien prompt à cause de la facilité qu'a le calcul de s'échapper; et puis il ne peut servir qu'à écraser des calculs de 5 ou 6 lignes de diamètre au plus.

M. Leroy, ignorant qu'on pouvait parvenir dans la vessie avec une algalie droite, avait d'abord fait construire pour briser les pierres, un instrument courbe analogue à celui de M. Eldgerton; à la place de la lime qu'employait ce chirurgien Anglais, il se servait d'un bouton hérissé de pointes, supporté par une tige assez mince et flexible dans le point qui correspondait à la courbure de la sonde; mais lorsque M. Amussat annonça qu'on pouvait pénétrer dans la vessie avec une sonde droite, notre auteur abandonna son instrument courbe auquel il reconnaissait une foule d'inconvéniens, pour en reconstruire un nouveau avec la modification que devait nécessairement lui faire apporter la nouvelle connaissance qu'il venait d'acquérir.

Ce nouvel instrument fut celui qu'il présenta à l'Académie de Chirurgie, au mois de mai 1822, sous le nom de Lithoprione, et qui est ainsi construit.

Quatre ressorts de montre, assez forts, sont attachés à l'extrémité d'une espèce de petit dez plein. Chacun de ces ressorts est contenu dans l'intervalle que laissent entre elles deux sondes dont l'une est renfermée dans l'autre. Ces ressorts, tirés par l'extrémité opposée de ces deux sondes, mettent le petit dez en contact avec le bout de ces mêmes sondes auxquels il correspond, de manière à favoriser l'entrée dans le canal de l'urètre. Le tube interne, étant plus long que l'externe, le dépasse, et reçoit à demeure un anneau d'acier muni de quatre vis destinées à maintenir, fixés à volonté et séparement, les quatre ressorts.

On sait bien qu'en poussant simultanément ces quatre ressorts, le bouton doit s'éloigner du bout de la sonde, et que les ressorts obéissant à leur élasticité propre doivent laisser entre eux un espace ovoïde. Eh bien! c'est dans cet espace que M. Leroy tente d'engager le calcul qui, étant saisi et les ressorts fixés, le met dans le cas d'être perforé.

Cette perforation s'exécute au moyen d'une tige de fer munie à son extrémité d'un petit trépan du même diamètre que la tige. On introduit cette tige par la canule interne jusque sur la pierre, et, au moyen d'une manivelle que l'on adapte à l'extrémité opposée au trépan, on perfore d'outre en outre le calcul que l'on essaie ensuite de faire basculer avec un crochet pour pouvoir le perforer dans un autre sens. On répète ces perforations jusqu'à ce que le calcul soit réduit en fragmens que l'on soumet à la même térébration et de la même manière.

Sur ce que plusieurs médecins pensaient que l'instrument de M. J. Leroy avait de l'analogie avec le vésical de Franco et le tire-balle d'Alphonse Ferri, M. Leroy examina ces instrumens d'anciens auteurs et vit qu'il pourrait en tirer un grand parti, puisque pour rendre le tire-balle d'Alphonse Ferri applicable au brisement des

calculs véricaux, il suffisait de leur adapter le perforateur que je viens de définir plus haut. Cette idée fut donc exécutée, et M. Leroy eut un instrument composé d'une canule en acier terminée par trois branches qui s'écartent naturellement en raison de l'élasticité que leur donne une trempe convenable. Cette première pièce se glisse dans une canule en argent qui détermine le rapprochement des trois branches, ou leur permet de s'écarter suivant qu'on les pousse hors de cette canule ou qu'on les fait rentrer dans sa cavité. C'est tout-à-fait le mécanisme de la pince de Hunter, excepté que celle que M. Leroy a fait disposer pour briser les calculs a trois branches, et que celle de Hunter n'en a que deux. Une échelle graduée, tracée sur la canule interne, indique l'écartement des mors de la pince et le volume de la pierre lorsqu'elle est saisie. Un coulant à charnière, se fermant au moyen d'une vis, sert à fixer les deux canules. Une rondelle de cuir empêche que l'urine ne s'échappe par l'intervalle qui peut subsister entre les deux tubes métalliques.

Cette pince, que M. Leroy appelle encore lithoprione, mais dans laquelle il reconnaît encore des défauts, est, suivant cet auteur, d'un usage plus sûr, d'une application plus fréquente que la pince à ressorts de montre.

Cependant, quelle que soit la supériorité, malgré les défauts, de la pince imitée d'Alphonse Ferri, sur celle que M. Leroy a conçue toute entière, les résultats étaient les mêmes ; il fallait toujours, pour perforer de nouveau la pierre, la retourner au moyen du crochet, ou bien la lâcher pour présenter au foret une autre surface. Or, comme l'action de reprendre la pierre est le temps le plus difficile de l'opération, M. J. Leroy chercha les moyens de ne plus la lâcher lorsqu'une fois il la tenait, et pour cela il essaya d'aggrandir le trou préliminairement fait au calcul, au moyen de tiges de fer fendues par la

moitié, suivant leur axe, et dans une longueur d'un pouce et demi à deux pouces. On sait bien qu'au moyen de la trempe ces deux moitiés, s'écartant l'une de l'autre, doivent tendre, lorsqu'on imprime à cet instrument un mouvement de rotation, à remplir l'usage auquel M. Leroy les destine. Un tube d'argent, dans le but de tenir rapprochées momentanément les deux fraises résultant de la bifurcation de la tige, reçoit cette même tige. Ces deux pièces sont maintenues immobiles l'une sur l'autre au moyen d'une clavette qui les traverse toutes les deux. Une poulie est à demeure sur le tube d'argent. On sent bien qu'en poussant le tube d'argent sur la bifurcation, les deux branches se rapprochent, et permettent de les introduire dans le trou déja fait au calcul, et retirant ensuite le tube, ces mêmes branches s'écartent et labourent la pierre de dedans en dehors.

Comme pour obtenir de l'effet avec cet instrument, M. Leroy n'imprimait pas un mouvement assez vif au moyen de la manivelle, il fit construire une espèce de chevalet disposé convenablement pour faire usage de l'archet.

Dans le paragraphe intitulé *procédé operatoire*, M. Leroy conseille d'examiner si le malade se trouve dans un état favorable au succès de l'opération, si la pierre n'est pas trop volumineuse, si elle est enchâtonnée ou adhérente, si la sonde droite pénètre facilement; il conseille ensuite, si toutes les chances favorables sont observées, d'introduire dans l'urètre, pendant quelques jours, des sondes d'un fort calibre, destinées à dilater le canal et à en émousser la sensibilité, après quoi on vient à l'opération que je ne définirai pas ici, parce que je ne pourrais la donner complète. Du reste, il est quelques autres instrumens accessoires dont M. Leroy juge à propos de se servir pendant cette opération, et je dois en donner au moins une idée. Il pense qu'on pourra éviter l'ébranle-

ment que pourra causer le jeu de ses fraises propres à dilater le trou de la pierre, en les remplaçant par des limes simples ou doubles, jouant dans le sens de l'axe de l'instrument, et non latéralement comme le nécessite le mouvement circulaire imprimé par l'archet. Il imagine qu'on peut ramener le calcul qui tend à s'échapper après une perforation, au moyen d'un instrument qui, se dilatant dans son intérieur, peut le ramener entre les mors de la pince. Il se sert, pour faire l'extraction des morceaux de calculs, d'une pince à trois branches disposées comme la pince lithoprione imitée d'Alponse Ferri, avec cette différence que les mors ne sont pas aussi fortement recourbés et qu'elle peut être retirée de la vessie au travers de la canule externe. M. Leroy avait construit, pour atteindre le même but, une pince destinée à broyer par la pression les morceaux de calculs. Comme il préfère pour l'usage celle qui ressemble au lithoprione, nous ne nous y arrêterons pas, quoique la construction en soit ingénieuse.

Tels sont les instrumens imaginés par M. Leroy pour briser la pierre dans la vessie et qu'il appelle lithopriones. Passons maintenant à l'examen de ceux de M. le docteur Civiale, auxquels ce médecin a donné le nom de lithontripteurs, en faisant remarquer que l'ouvrage dans lequel sont représentés les lithontripteurs parut dans le même temps que M. Leroy présentait à l'Académie ses lithopriones.

Or, si l'on consulte les planches de M. Civiale, le lithontripteur ressemble beaucoup à l'instrument que M. Leroy a imité d'Alphonse Ferri; cependant il en diffère en plusieurs points: 1.° Il présente quatre branches, et même plus, au lieu de trois; 2.° les branches sont à charnières au lieu d'être d'une seule pièce et élastiques: par conséquent elles ont moins de solidité, et suivant M. Leroy, elles lui paraissent devoir rendre tout à fait impossible l'emploi de cet instrument; 3.° les extrémités de ces

branches étant droites et pointues, elles exposent à blesser la vessie ; 4.° le trépan ou la fraise, plus volumineux que la canule interne, ne peut être retiré à travers sa cavité, ce qui, suivant M. Leroy, rend le mécanisme de l'instrument plus embarrassé, prive de l'avantage de pouvoir substituer au premier perforateur des fraises et des limes capables d'achever la destruction du calcul, et force l'opérateur à lâcher ce corps pour chercher à le reprendre afin de le perforer dans un autre sens. Pour mettre en mouvement le stilet, M. Civiale le faisait tourner entre ses doigts : il a emprunté, de son aveu, l'archet et sa monture à M. Leroy.

Nous sommes parfaitement de l'avis de notre auteur sur l'impossibilité où M. Civiale doit nécessairement se trouver de saisir une pierre avec l'instrument tel qu'il le dessine dans son ouvrage, et surtout de la saisir avec solidité. Aussi aurait-on lieu d'être fort étonné qu'il ait pu amener à une heureuse fin aucune des opérations qu'il a pratiquées, si M. Leroy ne prenait soin de nous apprendre que ces opérations n'ont pas été faites avec l'instrument que M. Civiale a dessiné dans ses planches, mais bien avec celui que lui. M. Leroy, avait présenté à l'Académie un an auparavant, et qu'il avait imité d'Alphonse Ferri. Aussi, dit-il, et ce n'est pas sans raison que c'est à son instrument que doivent être rapportés tous les faits obtenus jusqu'à ce jour. Quoi qu'il en soit, M. Leroy parle de ces faits obtenus et cite des opérations de brisement de calcul faites par M. le docteur Civiale, avec la pince lithoprione, telle que ce chirurgien l'emploie ; c'est-à-dire, avec un stylet plus large que la canule, et sans le secours des limes. On peut lire ces observations dans le Numéro de mai 1825 du présent Journal. M. Leroy fait, à l'occasion de ces opérations, quelques remarques que nous devons faire connaître. Quand il considère que chez l'un de ces malades la destruction de la

pierre a exigé 28 séances, que chez un autre, après 10 séances ponr opérer l'extraction de la pierre, le patient a été emporté par un abcès situé dans l'hypochondre droit, il pense que ces circonstances sont dues à la modification de M. Civiale, qui le force de se livrer à des recherches multipliées et fatigantes ; il prétend encore que ce chirurgien aurait pu augmenter de quelques faits la troisième série des malades dont il rapporte l'histoire, et qui comprend ceux qui n'ont pas été guéris par l'opération, et pour cela il blâme cet opérateur, en citant quelques-unes des personnes qui n'ont pas été guéries. En effet, M. Leroy dit, avec raison, que M. Civiale avait un motif personnel pour ne rien taire ; qu'il devait parler, car tous les yeux étaient ouverts sur la méthode nouvelle ; et que si l'on apprenait que dans un mémoire où on relate soigneusement les succès, un seul fait défavorable ait été omis, on pourrait supposer, avec raison, qu'il y en avait un plus grand nombre.

Cependant malgré les succès obtenus par M. Civiale, M. Leroy a la bonne foi de dire que la pince lithoprione imitée d'Alphonse Ferri a plusieurs défauts. Il prétend que, si le calcul est volumineux, il ne pourra être embrassé en totalité par la pince, que, si le quart, le tiers, la moitié du calcul sort des branches, il ne pourra être atteint par le perforateur; que les tentatives que l'on fait pour saisir la pince exposent à pincer la vessie, etc. Enfin, il finit par dire que ce moyen expose à laisser, comme on l'a prétendu avec justice, des fragmens de calcul dans la vessie ; aussi veut-il rémédier à ce défaut. Pour cela il propose ce qu'il appelle des lithoprion es à filet, dont il donne la définition et le dessin. Ce sont des instrumens fort ingénieux, mais dont il ne paraît pas que M. Leroy ait fait l'essai. Qu'on se figure un filet de soie, ou métallique attaché à des petites bandes aussi métalliques, convenablement disposées pour qu'au moyen d'un mécanisme fort simple, et qu'on peut connaître en exa-

minant les planches, deux de ces bandelettes s'écartent pour permettre de saisir la pierre, et se referment ensuite sur elle. Au reste ces lithopriones, qui sont ingénieusement faits et sur lesquels je ne juge pas à propos de m'étendre, permettent de briser la pierre comme avec la pince lithoprione simple, c'est-à-dire, en introduisant les tiges térébrantes à travers la couche centrale. M. Leroy en présente de plusieurs modèles.

Enfin, nous arrivons au terme de l'ouvrage de cet auteur, car nous considérons comme connu l'article neuvième et dernier, qui traite des dispositions générales, individuelles, des vices organiques et maladies de l'appareil urinaire qui peuvent apporter obstacle à l'emploi des agens lithontriptiques, chimiques et mécaniques, ou nécessitent la modification du traitement. Ce serait une simple nomenclature des maladies des organes urinaires qu'il faudrait tracer ici, et je m'en dispense pour ne pas fatiguer le lecteur.

Tel est le résumé des travaux qui ont été entrepris dans l'intention de soulager l'humanité d'un de ses maux les plus cruels. Sachons gré à M. le docteur J. Leroy d'avoir eu la patience de rassembler tous ces matériaux épars, et d'avoir consacré les moyens inventifs que la nature lui a donnés à augmenter la masse de connaissances aussi utiles; qu'il abandonne toute discussion relative à la priorité des inventions : cette cause sera jugée par le public, qui va lire son livre, comme elle l'a déja été par l'Académie des Sciences, qui a accordé son suffrage à M. Civiale, pour avoir pratiqué avec succès quelques opérations de destruction du calcul par l'urètre ; et à M. James Leroy, pour avoir imaginé et fait exécuter les instrumens. Que M. Civiale se contente d'avoir fait avec succès quelques opérations, qui malgré leur longueur, sont fort belles pour le temps où elles ont été pratiquées, et qu'il cesse de s'attribuer un mérite qu'évidemment il n'a pas.

MÉDECINE ETRANGÈRE.

Observations sur la transfusion pratiquée avec succès dans deux cas d'hémorrhagie utérine.

Toutes les fois que les sciences médicales se sont enrichies d'une découverte importante, ou qu'un médicament nouveau a été introduit dans la thérapeutique, on s'est empressé de chercher quel parti on en pouvait tirer dans le traitement d'une foule de maladies différentes; mais, en général, au lieu d'attendre que des observations assez nombreuses et assez variées aient assigné, d'une manière positive, le degré de confiance que l'on doit placer en ces moyens nouveaux, ceux qui, les premiers, ont tenté ces modes de traitement se sont laissés séduire par des succès douteux, et s'ils ne les ont pas annoncés comme infaillibles, ils en ont beaucoup exagéré l'efficacité. Bientôt, voyant que ces moyens étaient sans avantages et même nuisibles dans une foule de circonstances, où, d'après les premiers résultats, ils devaient s'attendre à en retirer les meilleurs effets, les praticiens sont tombés dans le défaut contraire, et en généralisant trop à leur tour, ils les ont proscrits sans exception, et les ont fait tomber dans un oubli souvent tout aussi peu mérité que leur célébrité. C'est ainsi que de nos jours l'électricité prônée d'abord comme une panacée universelle, et ensuite complètement négligée, paraît enfin, d'après des observations plus exactes, devoir être d'une grande utilité dans certaines maladies.

Il en fut de même lorsque la découverte de la circu-

lation du sang commença à être généralement connue. On attribua toutes les maladies au sang, et l'on crut un instant qu'en renouvelant ce liquide, au moyen de la transfusion, il serait facile de les guérir toutes et même de rendre l'homme immortel. Mais la célébrité de cette opération, qui occupa tous les esprits vers le milieu du dix-septième siècle, fut aussi éphémère qu'elle fut grande.

Il paraît que ce fut un médecin anglais nommé Wren, qui, le premier, proposa cette opération. Bientôt après, Major la fit connaître en Allemagne; Denis et Emmerts la pratiquèrent à Paris, et firent passer dans les veines d'un homme le sang tiré de celles d'un veau. Plusieurs tentatives de ce genre furent faites, tant à Paris qu'en Italie et en Angleterre, sans qu'il en résultât aucun inconvénient grave ; mais d'autres essais ayant été moins heureux, pour prévenir de nouveaux accidens, le Parlement de Paris rendit un arrêt en 1668, par lequel il était défendu de faire la transfusion sur aucun corps humain, avant que la proposition n'eût reçu l'approbation de la Faculté de Médecine de Paris, et cette Compagnie ayant gardé le silence sur cette question, elle fut bientôt plongée dans l'oubli le plus profond.

Depuis quelques années, cependant, les expériences des physiologistes ont ramené l'attention sur ce sujet important. MM. Prévost et Dumas, pour vérifier l'utilité de cette pratique dans les cas désespérés d'hémorrhagie, les seuls auxquels elle paraisse applicable, ont fait quelques expériences dont voici les résultats. « Si l'on injecte, disent ces physiologistes, un liquide quelconque, soit de l'eau, soit du sérum de sang à 38.° cent., la mort n'en est pas moins la conséquence de l'hémorrhagie que l'animal a soufferte; mais si l'on injecte du sang d'un animal de la même espèce, chaque portion de sang injectée ranime sensiblement cette espèce de cadavre ; et ce n'est pas sans étonnement, qu'après lui avoir rendu une quan-

tité de sang semblable à celle qu'il a perdue, on le voit respirer librement, se mouvoir avec facilité, prendre de la nourriture et se rétablir complètement lorsque l'opération a été bien conduite ».

« Si l'on prend le sang qu'on injecte sur un animal d'espèce différente, mais dont les globules soient de même forme, quoique différens en dimensions, l'animal n'est qu'imparfaitement relevé, et l'on peut rarement le conserver pendant plus de six jours. Ceux qui sont soumis à ces épreuves présentent quelques phénomènes que nous ne devons pas omettre. Le pouls devient plus rapide, la respiration conserve son état normal, mais la chaleur s'abaisse avec une rapidité remarquable, lorsqu'elle n'est pas artificiellement maintenue; dès l'instant de l'opération, les déjections deviennent muqueuses et sanguinolentes; elles conservent ce caractère jusqu'à la mort. Les pouvoirs instinctifs ne sont pas altérés. Ces observations s'appliquent à l'injection du sang frais, comme à celle du sang extrait depuis douze et même vingt-quatre heures, il suffit d'en empêcher la coagulation, par l'agitation ordinaire, et d'en séparer la fibrine isolée au moyen d'un linge. »

» Si l'on injecte du sang à globules circulaires dans un oiseau, l'animal meurt ordinairement, au milieu d'accidens nerveux très-violens, et comparables, par leur rapidité, à ceux qu'on obtient au moyen des poisons les plus intenses; ils se manifestent encore, lorsque le sujet sur lequel on opère n'a pas été affaibli par une déperdition de sang notable. »

» On a transfusé du sang de vache, de mouton dans des chats et des lapins. Soit qu'on ait pratiqué l'opération immédiatement après l'extraction du sang, soit qu'on ait laissé celui-ci en repos dans un endroit frais pendant douze et même vingt-quatre heures, l'animal a été rétabli pour quelques jours dans un grand nombre de cas. On

maintenait le sang fluide en éliminant une certaine quantité de fibrine, ou en ajoutant 0,001 de soude caustique.

» Le sang de mouton dans les canards excite des convulsions rapides et très-fortes suivies de la mort. Souvent nous avons vu mourir l'oiseau, avant qu'on eût achevé de pousser la première seringue, quoiqu'il n'eût éprouvé qu'une saignée très-faible auparavant et qu'il fût fort et bien portant (1). »

Les expériences du docteur Blundell (2) prouvent également que l'on peut injecter dans les veines d'un animal, du sang d'un autre animal, sans qu'il en résulte de trouble marqué dans les fonctions, et que cette opération peut prévenir la mort par suite d'hémorrhagie. Ce médecin a constaté aussi qu'au moyen de la transfusion, on pouvait faire vivre, pendant un espace de temps assez considérable, des animaux que l'on privait entièrement d'alimens. Enfin, il a fait encore un grand nombre de recherches sur le temps que le sang pouvait rester dans des vaisseaux inertes sans se coaguler, et sans devenir impropre à soutenir la vie.

Enhardi par les résultats qu'il avait obtenus, le docteur Blundell résolut de tenter la transfusion sur un jeune homme qui venait de succomber à une hémorrhagie dépendant de la rupture d'une artère. Il y avait déjà trois ou quatre minutes que l'individu avait cessé de vivre, lorsque le docteur Blundell arriva près de lui. Il injecta environ 16 onces de sang humain dans ses veines, mais sans obtenir aucun résultat favorable. Chez une autre personne qui paraissait mourir d'inanition par suite d'un squirrhe du pylore, il essaya de prolonger la vie au moyen de la transfusion. Il injecta dans les veines 12 ou 13

---

(1) *Bibl. univ. des Sciences et Arts*, tome 17.

(2) *Researches physiological and pathological; by* J. Blundell. *London*, 1825. In-8.°

onces de sang, sans que le malade en éprouvât aucun mauvais effet ; au contraire, pendant les trente premières heures qui suivirent l'opération, ses forces paraissaient beaucoup augmentées ; mais après cette époque, il retomba dans l'état de collapsus où il était avant, et il mourut 56 heures après l'opération.

Ces essais, quoiqu'ils ne fussent pas couronnés de succès, ne devaient cependant pas faire renoncer à l'espoir d'obtenir de grands avantages de l'opération de la transfusion dans les cas désespérés d'hémorrhagie. Les expériences sur les animaux tendaient au contraire à confirmer cette opération. Aussi, M. H. Milne Edwards, guidé par ces recherches physiologiques, a-t-il cru devoir appeler l'attention des médecins français sur ce point important, en soutenant comme proposition, à l'Ecole de Médecine, en 1823, que « dans un cas désespéré d'hémorrhagie, on serait autorisé à tenter l'opération de la transfusion. »

Mais l'expérience seule pouvait donner quelque valeur à ces idées, et ce n'est que depuis très-peu de temps que MM. Waller et Doubleday ont montré combien elles étaient justes, en publiant les deux observations que nous allons rapporter.

Observation I.re (1)— « La femme qui en est le sujet, c'est M. Waller qui parle, était d'une constitution très-délicate, et d'un tempérament lymphatique. Je me rendis chez elle vers les dix heures de l'après-midi. Quelques instans avant mon arrivée, les eaux de l'amnios s'étaient écoulées. En procédant au toucher, je trouvai que la tête n'avait pas encore franchi le détroit supérieur du bassin, et que le col de l'utérus était presque complètement dilaté et qu'il était très-dilatable ainsi que les parties externes. Cependant les

---

(1) *London Medical and Physical journal*, oct. 1825.

douleurs avaient diminué de force et de fréquence. Je quittai la malade en lui recommandant de m'envoyer chercher quand elles reparaîtraient; ce qui arriva environ trois heures après. L'accouchement fut promptement terminé. Quelque temps après on vint me prier de venir, de la part de M. Jesse, de Manchester, qui donnait habituellement des soins à cette femme, et qui avait reçu l'enfant. En entrant dans la chambre de la malade, je la trouvai couchée sur le dos; la figure pâle comme le drap qui la couvrait, tout le corps décoloré et offrant en un mot tous les signes apparens de la mort. On n'apercevait pas la moindre trace de rougeur sur les lèvres; les extrémités étaient froides, la déglutition impossible, et les mouvemens respiratoires insensibles. Cependant, en tâtant le pouls avec attention, je parvins à sentir les pulsations de l'artère qui présentaient de longues intermittences.

« On m'apprit que l'expulsion du placenta, qui s'était faite naturellement, avait été suivie d'une hémorrhagie des plus abondantes et qui avait amené, presque de suite, cet état de collapsus général. On avait eu recours aux moyens ordinaires, tels que l'application du froid, etc. Lors de mon arrivée, comme l'utérus était encore très-dilaté, quoiqu'il fût déjà revenu beaucoup sur lui-même, et qu'il y avait encore un léger suintement de sang par la vulve, je continuai l'application du froid sur le ventre; j'appliquai la chaleur aux pieds et je lui frottai les lèvres avec de l'eau-de-vie. Au bout de quelque temps, la malade recouvra la faculté d'avaler, et alors on lui administra de larges doses d'eau-de-vie et d'ammoniaque. Quelques secondes après la prise de ces stimulans, le pouls parut se relever un peu, mais il faiblit de nouveau peu d'instans après. Cependant l'écoulement du sang cessa complètement, et comme le froid augmentait et devenait général, on enveloppa la malade dans des couvertures, et

on continua l'usage de l'eau-de-vie, mais sans plus de succès. »

» On persista dans l'emploi de ces moyens pendant environ une heure et demie (ce qui, je pense, était un temps suffisant pour juger de leur efficacité) ; mais voyant que nous ne gagnions point de terrain, je résolus de consulter le docteur Blundell, pour savoir s'il ne serait pas à propos de pratiquer la transfusion. J'allai le chercher, et comme il s'écoula nécessairement quelque temps avant notre retour, je crus fermement que nous ne trouverions plus la personne vivante. Cependant, contre mon attente, non-seulement elle vivait, mais encore le pouls, à ce que je crus, était peut-être un peu plus sensible, quoique ne résistant pas à la pression du doigt. Nous convînmes donc de préparer tout ce qui était nécessaire à l'opération, mais d'attendre encore pour la pratiquer. »

» Nous restâmes auprès de la malade près de deux heures ; nous remarquâmes que le pouls était certainement moins faible, et que, pendant la dernière heure, il offrait plus de régularité. Nous nous absentâmes pendant une heure environ, et à notre retour, il fut évident pour nous que la malade avait perdu. Le pouls était retombé, elle était encore couchée sur le dos, dans un état de syncope si alarmant, que, bien que la mort ne fût pas tout à fait certaine, nous nous accordâmes à penser qu'elle allait succomber, et dans cette idée croyant de notre devoir d'agir, nous nous résolûmes pour l'opération.

» On mit à nu une des veines du bras, et on y pratiqua une ouverture assez grande pour admettre le bout de la seringue. Il s'écoula une petite quantité de sang ; c'est pourquoi on passa sous la veine une aiguille mousse au moyen de laquelle le sang fut aussitôt arrêté. Je ferai observer ici que, comme dans les cas de cette nature, le malade n'a pas une cuillerée de sang à perdre, il serait nécessaire d'employer ce moyen avant d'ouvrir la veine.

La seringue dont se servit le Dr. Blundell ne différait pas de celles dont on se sert habituellement pour injecter et contenait deux onces de liquide. Il était indispensable d'en chasser complètement l'air, car les accidens les plus graves auraient pu résulter de son introduction dans la veine. Le sang fut tiré du bras du mari de la malade et reçu dans un grand verre. Le docteur Blundell en remplit la seringue pendant même qu'il coulait, et ayant introduit le bout de l'instrument dans l'ouverture de la veine de la malade, il y poussa le liquide avec beaucoup de précaution. Cette première injection, de deux onces, ne parut produire aucun effet ; mais vers la fin de la seconde, les symptômes qui annoncent la syncope se manifestèrent ; le pouls tomba un peu. La malade soupirait profondément et faisait des efforts pour vomir, sans cependant rien rejetter. Ces accidens, tout à fait semblables à ceux qui suivent assez souvent une saignée un peu forte, cessèrent spontanément au bout d'une ou de deux minutes.

» J'aurais dû dire que la malade avait rejeté ce que contenait son estomac quelque temps avant l'opération, de sorte que des observations subséquentes peuvent seules nous apprendre si les symptômes dont nous venons de parler étaient dus à l'injection du sang, ou bien à un retour spontané des nausées. Dans un des cas de transfusion observés par M. Blundell, une femme présenta des symptômes à-peu-près semblables ; tandis que dans celui de Brozier, il ne vit rien de pareil, quoiqu'on eût injecté une beaucoup plus grande quantité de sang. Quoi qu'il en soit, comme dans une opération de cette nature, il est indispensable d'agir avec les plus grandes précautions, à cause du peu de connaissances que nous avons sur ce point, et que d'ailleurs la malade disait se sentir beaucoup mieux, nous ne jugeâmes pas à-propos d'aller plus loin. Le pouls, qui avant l'injection, était à

120, était alors tombé à 110, mais à la vérité, il était encore très-faible. »

« A notre visite suivante, environ six heures après, ce fut avec une bien grande satisfaction que nous vîmes que notre malade s'était considérablement relevée. Son pouls offrait alors 100 pulsations, et était beaucoup plus ferme. Elle se plaignait d'avoir très-faim, et on lui permit quelques alimens nourrissans, mais non excitans. Elle n'éprouva aucun symptôme fâcheux; elle dormit bien et d'un sommeil réparateur; elle ne se plaignit jamais de cet état particulier de la tête, si commun après une violente hémorrhagie. On n'eut d'ailleurs besoin de lui administrer aucun médicament, excepté une cuillerée à café d'huile de ricin, qui procura d'abondantes évacuations. Cet état d'irritabilité du canal digestif est, comme on sait, très-ordinaire dans les cas de cette nature. La plaie du bras ne se réunit pas par première intention, et ne fut complétement guérie qu'après plusieurs jours. »

« On pourrait objecter que la malade aurait pu se rétablir sans qu'on eût pratiqué la transfusion, et il est tout-à-fait impossible de nier que cela n'ait pu arriver. Mais, on remarquera que nous avions les plus fortes raisons de penser que la malade ne pouvait échapper à la mort que nous regardions comme presque certaine, et je crois bien que toute personne qui l'aurait vue, aurait partagé cette opinion. D'ailleurs on pourrait en dire autant de tous les remèdes qu'on emploie journellement. Nous ne savons pas encore jusqu'où peut s'étendre la puissance de la nature dans les cas de ce genre comme dans beaucoup d'autres; car il est impossible de prouver d'une manière incontestable que le changement favorable soit dû aux efforts de la nature plutôt qu'à l'effet du moyen employé. De ce que la mort ne suivit pas immédiatement l'effusion du sang, il ne s'ensuit pas nécessairement que la malade aurait pu survivre; car même après six heures, il n'y avait

aucune apparence de mieux. Dans le seul cas d'hémorrhagie utérine funeste que j'aie eu occasion d'observer, la malade vécut trois heures après que l'écoulement du sang eût cessé, et quoique, pendant tout ce temps, on eût mis en usage tous les moyens indiqués en pareil cas.

On pourrait encore objecter qu'il n'est guère probable que quatre onces de sang aient pu suffire pour sauver la vie à une femme périssant d'hémorrhagie. A cela je répondrais que je suis intimement persuadé que cette quantité de sang, si petite qu'elle soit, a suffi pour faire tourner la chance en faveur de la malade. Qu'on veuille bien se rappeler qu'en pratiquant cette opération nous n'avions pas la prétention de rendre à la malade sa première vigueur, mais que nous voulions seulement augmenter assez la quantité du liquide en circulation, pour entretenir les contractions du cœur jusqu'au moment où la digestion et la sanguification pourraient réparer les pertes de l'économie. Je demanderais aussi à ceux qui ont été à même de voir beaucoup d'hémorrhagies utérines, s'ils n'ont pas rencontré des cas dans lesquels les malades étaient réduites à un tel degré de faiblesse, que l'écoulement d'une très-petite quantité de sang, ne fût-elle que de quatre onces, aurait nécessairement entraîné la mort. S'il en est ainsi, je crois pouvoir dire avec raison que, bien que la quantité de sang fût très-petite, elle a été suffisante pour faire pencher la balance en faveur de notre malade.

« Quoi qu'il en soit, cette observation prouve, autant qu'un fait isolé peut le faire :

« 1.° Que l'opération de la transfusion est extrêmement simple et facile à exécuter;

« 2.° Que quatre onces de sang peuvent être injectées dans les veines d'une femme, sur le point de succomber à une hémorrhagie, sans occasioner d'accidens fâcheux ou au moins sans donner lieu à des symptômes plus graves que ceux qui suivent souvent une saignée ordinaire;

« 3.° Enfin qu'il est très-probable que le sang ainsi injecté est aussitôt employé aux besoins généraux de la circulation.

« II.e *Observation* (1). — M.me Cochlin, dit M. Doubleday, âgée de 29 ans, d'une forte constitution, accoucha d'une fille le 28 novembre dernier. L'accouchement ne fut accompagné d'aucun accident; seulement le placenta adhérait fortement aux parois de l'utérus, et M. G. Franks, aux soins de qui la malade était confiée, employa vainement tous les moyens ordinaires pour procurer la délivrance. Au bout de deux heures, l'hémorrhagie augmenta d'une manière très-alarmante, et on introduisit la main dans la matrice pour détacher le placenta, qui était encore très-adhérent au fond de cet organe. M. Franks me fit appeler, et, à mon arrivée, je trouvai la matrice contractée sur le placenta, qui commençait à être expulsé; mais avant et pendant sa sortie, la malade perdit une si grande quantité de sang qu'elle tomba en syncope, et lorsque j'entrai dans la chambre, son aspect me fit croire que sa mort était prochaine. On ne sentait plus le pouls au poignet; la face était exsangue; les lèvres décolorées; les narines pincées; la vue obscure; l'agitation extrême; la respiration accélérée et entrecoupée de soupirs fréquens, et enfin tout le corps était couvert d'une sueur froide et gluante.

« Je fis aussitôt prendre à la malade environ six onces d'eau-de-vie. Ce moyen releva un peu les forces et rendit le pouls perceptible. On en continua l'usage à de courts intervalles, en y joignant du carbonate d'ammoniaque et du laudanum. On persista dans l'emploi de ces moyens pendant une demi-heure sans presque aucun avantage. Le pouls était tantôt sensible et très-accéléré, et tantôt tout-à-fait imperceptible. Voyant que nous ne gagnions

(1) *London Med. and Physical journal*, nov. 1825.

rien sous l'influence de ces moyens, je ne vis plus d'autre chance de salut pour la malade que dans l'opération de la transfusion.

« M. Blundell que j'allai chercher vint avec moi chez cette femme; il fut parfaitement de mon avis; cependant elle n'était pas alors plus mal : mais un examen attentif du pouls, l'aspect de la physionomie, et la grande quantité de sang qu'elle avait perdue, firent penser à ce médecin que la mort était imminente et qu'il fallait tenter l'opération. On proposa ce moyen au mari, qui non-seulement l'accepta, mais encore offrit de fournir le sang dont on aurait besoin.

« M. Blundell se mit alors en devoir de pratiquer cette opération, en découvrant la veine médiane céphalique, mais la malade s'y refusa si obstinément qu'il fut obligé d'y renoncer, sans cependant avoir aucune espérance de conserver la vie de cette femme par aucun autre moyen. Cependant je priai M. Blundell de me laisser la seringue. décidé à renouveler les tentatives d'opération, lorsque la malade serait à l'article de la mort.

« Je confiai la malade aux soins de M. Franks, en lui recommandant de continuer l'usage des stimulans, etc. A deux heures et demie de l'après-midi, c'est-à-dire plus de six heures après la cessation de l'hémorrhagie, ce chirurgien me fit dire que la malade perdait rapidement ses forces, et que probablement je ne la trouverais plus vivante. Je me hâtai de m'y rendre, et je la trouvai au plus mal. On lui avait déjà administré vingt ℥ d'eau-de-vie, cent soixante gouttes de laudanum, une grande quantité de carbonate d'ammoniaque, et trois jaunes d'œufs mêlés avec de l'eau-de-vie, du bouillon et du gruau.

Comme nous n'avions pas de temps à perdre, et que les amis de cette femme désiraient que j'essayasse la transfusion, je passai de suite une aiguille mousse sous la veine que M. Blundell avait déjà mise à nu, et j'y fis une ouver-

ture assez grande pour y introduire facilement la canule de la seringue, et pendant ce temps M. Franks la comprima légèrement sur l'aiguille, pour ne pas perdre de sang. Aussitôt on ouvrit largement la veine du bras du mari de la malade, et on reçut le sang dans un verre conique; je remplis la seringue à l'instant même, et après avoir pris toutes les précautions ordinaires pour qu'il n'y eût pas d'air, on adapta la canule à l'ouverture de la veine et on y poussa le sang doucement et avec précaution. Aussitôt qu'il fut injecté, le pouls s'éleva sensiblement, devint plus large, et l'aspect des lèvres et de la face s'améliora beaucoup à la suite d'une seconde injection qui fut suivie d'une troisième; ce qui faisait en tout six onces de sang. L'état de la malade était bien meilleur, et elle se sentait si bien qu'elle s'écria qu'elle était *forte comme un bœuf*. Pendant une quatrième injection de deux onces de sang, elle dit qu'elle sentait ce liquide couler dans ses veines. Le pouls était beaucoup relevé; il était même assez fort, et la malade se trouvait parfaitement rétablie.

On fit encore trois autres injections de deux onces, ce qui porta à 14 ℥ la quantité de ce liquide injecté. Le pouls continua à acquérir de la force, mais après la septième injection la malade se plaignit d'une douleur légère au-dessus de l'œil gauche. Je m'arrêtai alors et je fermai l'ouverture de la veine de la manière ordinaire. Le pouls, qui avant l'opération donnait 140 pulsations à peine sensibles par minute, n'en offrait plus que 104; un quart-d'heure après 98, et au bout d'une demi-heure 90. Il était, en général, fort, plein, un peu mou et un peu irrégulier. Au bout de la première heure après l'opération, la malade s'assit sur son séant, et, avec l'aide de sa garde, se nettoya et s'habilla comme à la suite d'un accouchement ordinaire.

« Quelques heures après, il se manifesta des symptô-

mes fébriles et de légères douleurs utérines que l'on pouvait attribuer à l'effet de l'eau-de-vie et des autres stimulans qu'on avait administrés à la malade, on les combattit par des délayans et de légers laxatifs. Le lendemain de l'opération, vers le soir, on s'aperçut qu'il s'était manifesté une légère inflammation dans le trajet de la veine, et qui se propageait jusqu'à l'aisselle. On appliqua de suite douze sangsues sur le bras et on le recouvrit de fomentations émollientes. Le lendemain, on mit encore six sangsues vers l'extrémité supérieure de la veine. Ces moyens suffirent pour faire disparaître les symptômes inflammatoires. La sécrétion du lait était très-abondante, et les seins douloureux, ce qui nécessitait l'allaitement fréquent. Enfin, le septième jour après l'opération, la malade était parfaitement rétablie, seulement la plaie du bras ne fut cicatrisée que quelques jours après. »

Sur le traitement des blessures que l'on se fait en disséquant; par JOHN SHAW, *professeur d'anatomie* (1).

On peut distinguer en deux espèces essentiellement différentes les effets de ces blessures. Les uns semblent dus à une cause spécifique, ils sont accompagnés d'un danger imminent, et se développent après l'autopsie cadavérique d'individus morts depuis quelques heures seulement; et, si j'en juge d'après mon expérience, ces accidens surviennent à la suite de recherches cadavériques faites sur des personnes qui ont succombé à une inflammation de quelque membrane séreuse. Les accidens de la seconde espèce sont plus communs et moins dangereux; je veux parler de ceux qu'on voit survenir à la suite de l'examen des organes en putréfaction. Les élèves qui

---

(1) *The London Medical and Physical journal*, mai 1825; extrait par C. B.

commencent à disséquer s'effraient dès qu'ils viennent à se couper, se piquer ou se déchirer les doigts, cependant j'ai rarement vu à l'amphithéâtre de *Windmill-Street* des accidens sérieux se manifester dans ce cas ; cela provient sans doute de ce qu'on injecte toujours les cadavres avec une solution de nitre et de sel avant de les livrer aux travaux anatomiques. Cette précaution a le double avantage de retarder la putréfaction et d'empêcher ses effets sur l'économie. Car on voit des cadavres, ainsi préparés, se conserver huit ou neuf semaines, et offrir encore toutes les formes et la fraîcheur des parties.

Lorsqu'on se blesse en disséquant un cadavre putréfié, voici les symptômes qui surviennent : le doigt n'est d'abord le siége que de la douleur légère de la piqûre ou de l'égratignure qu'on vient de s'y faire. Le lendemain cette douleur augmente, on éprouve à l'aisselle une sensation inaccoutumée ; bientôt des lignes rouges apparaissent le long du bras, le doigt blessé ne tarde pas à devenir excessivement douloureux ; le malade ressent quelques frissons et un malaise général ; il éprouve de l'anxiété, une céphalalgie assez forte, la langue est quelquefois chargée. Cependant la fièvre n'est pas encore fort intense. On voit ensuite le doigt se tuméfier rapidement et devenir livide, il se manifeste en même temps des symptômes d'une réaction générale plus vive que ne semble le comporter la douleur locale. Le traitement auquel j'ai eu recours en pareil cas, avec le plus de succès, consiste à entourer le doigt de compresses imbibées d'un mélange à égales parties de laudanum et d'eau de Goulard tiède. Il faut également étendre des compresses imbibées du même mélange sur la main et l'avant-bras. Le bras sera maintenu dans une écharpe avec la précaution de tenir la main plus haute que le coude. Si malgré cette prompte application, les douleurs sont excessives, il faudra nécessairement avoir recours à l'application d'un ca-

taplasme sur lequel on étendra une forte dose de laudanum. Le second ou le troisième jour, le malade croit si bien qu'il y a du pus amassé dans la tumeur, qu'il désire ordinairement avec instance qu'on en fasse l'ouverture. Mais cela présente quelques difficultés; mon attente a souvent été trompée dans ce cas, il ne sortait pas le moindre pus de mon incision, bien que j'eusse pénétré jusqu'à l'os. Quoi qu'il en soit, je pense qu'il vaut mieux s'exposer à commettre cette erreur de diagnostic, que de laisser séjourner du pus qui pent se former rapidement, et devenir une cause puissante d'irritation s'il n'est évacué promptement. On sait d'ailleurs très-bien qu'en séjournant sous les tendons, il peut les détruire et causer l'exfoliation de l'os. Il faudra donc, si l'on soupçonne l'existence du pus sous les tendons, plonger en incisant l'instrument jusqu'à l'os. J'ai pu apprendre par moi-même quel soulagement on éprouve alors, bien que la section des parties molles soit horriblement douloureuse. Les symptômes graves dont j'ai parlé, se dissipent au bout de cinq ou dix jours, si l'on a suivi rigoureusement un traitement rationnel. Cependant, il faut ménager la main et la maintenir en repos même deux ou trois semaines après la disparition des accidens, car la peau conserve de la tendance à s'enflammer, on voit des érysipèles se porter d'un doigt à un autre, et s'accroître par la moindre cause irritante. Il ne faut pas négliger non plus le gonflement qui survient à l'aisselle, bien que cependant je ne l'aie jamais vu se terminer par suppuration. Le traitement général consiste à entretenir la liberté du ventre; on emploiera pour cela de préférence le mélange du calomélas et des laxatifs aux sels purgatifs. Il faut aussi calmer les douleurs et l'agitation du malade par l'administration à l'intérieur du laudanum et de la bière. Je sais qu'on a blâmé ce traitement, mais j'insiste pour qu'on le suive, parce que l'expérience

m'a convaincu de son efficacité. Étant en proie aux douleurs commençantes d'une blessure que je m'étais faite en disséquant, je pris avant de me mettre au lit une forte dose d'opium et je bus un pot de bière. Je me sentis promptement soulagé et je goûtai pendant la nuit un profond sommeil, quoiqu'en santé l'opium fasse sur moi un effet contraire, car il m'agite beaucoup et me fait même éprouver un mouvement fébrile. Je recommande en pareil cas au malade de se bien nourrir et de boire plus de vin qu'il n'a l'habitude de le faire; et si le mouvement et la marche ne fatiguent pas trop son bras, je lui conseille de prendre le grand air, d'aller à la campagne lorsque les premiers symptômes inflammatoires sont dissipés, ou bien de faire quelques tours en ville sur le siége d'une voiture. Dans l'espèce de blessures dont il s'agit, il faut se garder de saigner et d'appliquer des sangsues : je doute de leur succès même lorsque l'inflammation se propage au bras; je parle ici d'après mon expérience, et je me rappelle encore l'irritation et la douleur excessive que me causa la morsure des sangsues dans une circonstance semblable (1). Il peut arriver que l'individu jouisse déja d'une mauvaise santé, lorsqu'il se blesse; l'irritation locale peut, sous l'influence du mauvais état de santé dans lequel il était d'avance, donner

(1) Il ne faut peut-être pas condamner d'une manière aussi exclusive l'application des sangsues. Cependant je possède un fait à l'appui de l'opinion du professeur Shaw. Mon ami le docteur B. s'étant piqué un des doigts de la main gauche en ouvrant un cadavre, éprouva tous les accidens précités; il eut recours à l'application des sangsues sur la main; l'évacuation sanguine sembla le soulager d'abord, mais les morsures devinrent autant d'ulcères excessivement douloureux qui augmentèrent l'affection locale, l'entretinrent long-temps, et en reculèrent considérablement la guérison par leur tardive et difficile cicatrisation. Il serait peut-être plus convenable d'appliquer dans ce cas les sangsues au-delà des limites de l'inflammation, comme on conseille de le faire dans l'érysipèle. (*Note du Trad.*)

lieu à des abcès analogues à ceux que l'on voit se développer chez les personnes d'une constitution maladive qui viennent à se piquer soit avec un corps aigu, une arête, une écaille ou tout autre corps piquant. Il faudra remédier aux accidens primitifs par les moyens indiqués plus haut, et lorsqu'il se formera des abcès on tâchera d'éviter que le pus qu'ils renfermeront ne détruise les tendons environnans. Cependant j'ai vu rarement de tels abcès avoir une terminaison funeste. Je ne sache pas que l'application immédiate de quelque topique sur la partie blessée soit capable de faire avorter les accidens fâcheux qui peuvent survenir. En disséquant des cadavres qui se trouvaient dans toutes les conditions possibles, je me suis cent fois blessé les doigts et deux fois seulement j'en ai éprouvé des accidens. J'ai le plus souvent toujours négligé d'avoir recours à des moyens préservatifs quelconques; malgré cela je recommanderai aux étudians de ne disséquer qu'avec précaution les ligamens putréfiés ou les os préparés par une longue macération. Si dans ce cas ils venaient à se couper, il faudrait faire saigner la plaie, la laver et en aspirer le sang par la succion. Je n'ai pas beaucoup de confiance dans l'application du caustique, comme moyen préservatif, et je l'ai toujours vue suivie d'une grande irritation. Je pourrais citer ici plusieurs cas analogues, rapportés par le docteur Duncan; les symptômes que présentèrent les malades qu'il a observés étaient semblables à ceux qui se sont manifestés sous mes yeux après les blessures faites dans les amphithéâtres, et je suis certain qu'ils se fussent promptement terminés si l'on eût suivi le traitement que j'ai indiqué.

Les accidens de la seconde espèce sont plus graves encore; les praticiens y sont plus exposés que les étudians, et ils compromettent sérieusement l'existence. Tous ceux qui se sont livrés à l'étude de l'anatomie pathologique

admettront, sans peine, qu'il est beaucoup plus dangereux de se blesser en ouvrant le corps d'individus morts après une inflammation des membranes séreuses, qu'après toute autre maladie. Quant à moi je suis pleinement convaincu de cette vérité, et j'ai depuis long-temps recommandé aux élèves, les plus grandes précautions lorsqu'ils explorent les cadavres non putréfiés encore de sujets qui ont succombé à une fièvre puerpérale, à l'opération de la hernie, à une péritonite ou une pleurésie (1). Si l'on éprouve, cinq ou six heures après une ouverture du cadavre, de la douleur au doigt, s'il s'y développe une pustule ou un point rouge, il faut y apporter aussitôt la plus grande attention; le malade ne tardera pas à éprouver dans le bras une douleur lancinante, qui semblera se diriger particulièrement vers l'épaule et le côté de la poitrine. En 14 heures, l'individu deviendra fort mal; aux douleurs excessives qu'il éprouve, se joignent l'anxiété et le découragement. On voit se manifester des lignes rouges depuis la main jusqu'à l'aisselle. Cependant, il arrive quelquefois qu'on ne voit rien apparaître, ni au bras, ni même à la main, et la lésion du doigt est vraiment si légère que le malade y songe à peine, et ne fixe son attention que sur

(1) Je partage ici l'opinion de l'auteur; je n'ai pas encore éprouvé moi-même de si graves accidens; mais j'ai vu chez plusieurs de mes amis se manifester de terribles effets à la suite de blessures qu'ils s'étaient faites, l'un en ouvrant le cadavre d'une pleurétique, l'autre celui d'un sujet mort d'une péritonite puerpérale. Bien que nous ne connaissions pas positivement quelles altérations les liquides du corps humain éprouvent dans nos maladies, toujours est-il qu'ils acquièrent, dans certains cas, des propriétés malfaisantes sous l'influence sans doute de l'état morbide des organes au sein desquels ils circulent. N'a-t-on pas vu se développer quelquefois des éruptions particulières sur les bras ou le corps de ceux qui se livrent aux recherches anatomiques. J'ai parfois éprouvé des coliques et une diarrhée subites, en faisant des autopsies cadavériques ou en travaillant long-temps sur un cadavre en putréfaction. Cela provenait sans doute des gaz ou des fluides irritans que j'absorbais. (*Note du Trad.*)

les douleurs de l'épaule et du thorax. J'ai vu deux cas où ces accidens ont été pris pour des symptômes de rhumatisme. Le mémoire du docteur Duncan, renferme deux exemples des suites funestes de ces blessures. Le sujet de la première observation est le docteur Dewart d'Édimbourg : il s'était légèrement blessé un doigt de la main gauche, en ouvrant le cadavre d'un individu mort d'une entérite. Il cautérisa aussitôt la blessure ; et se soumit ensuite à un traitement antiphlogistique, cependant il mourut le sixième jour, après avoir éprouvé tous les accidens indiqués plus haut. La seconde observation a pour sujet M. John Hercey; il se fit une piqûre au doigt annulaire de la main gauche, en disséquant un sujet hydropique 24 heures après la mort. Un gonflement considérable de la main, de l'avant bras, et de l'aisselle se manifesta, il survint des nausées, des vomissemens, du délire et une fièvre de réaction extrêmement violente. Le malade, malgré l'emploi des cordiaux, des opiatiques et des applications émollientes succomba le 11.e jour au milieu de l'agitation la plus grande.

Les symptômes des blessures dont nous nous occupons offrent beaucoup d'analogie avec ceux des plaies envenimées; et lorsqu'on considère le désordre si subit et si grand qui se manifeste dans toute l'économie, on dirait que le malade vient de succomber aux effets d'un poison spécifique qui aurait agi avec une rapidité remarquable. Il est vrai que telle n'est pas à cet égard l'opinion générale, et qu'on préfère considérer la simple irritation de la blessure comme la source de ces graves accidens, plutôt que de les rapporter à l'absorption d'un virus. Cependant, bien qu'il soit possible que la piqûre d'une aiguille propre ou d'une lancette neuve produise dans quelques circonstances des accidens à peu près analogues à ceux que nous avons décrits plus haut, il est un fait que nous ne pouvons récuser, c'est qu'on a vu quelques-

fois plusieurs individus éprouver les mêmes accidens après avoir disséqué le même cadavre, lequel était évidemment dans ce cas la cause des accidens.

Quant au traitement, il se présente d'abord une question importante : que faut-il faire dans les premières vingt-quatre heures ? L'état, dans lequel se trouve ensuite le malade, indique la méthode curative à laquelle on doit avoir recours les jours suivans ; car, ou il tombe dans l'abattement, ou il est en proie à l'agitation, aux douleurs d'un érysipèle phlegmoneux, ce qui indique qu'on doit relever ses forces par des toniques, ou bien les abattre par les évacuations sanguines. Mais faut-il toujours débuter par les saignées ? Lorsqu'un individu est sous l'influence d'un poison violent, nul doute qu'il faudra le saigner si son pouls fort et plein offre au moins 140 pulsations, si le malade éprouve de l'anxiété, de la difficulté à respirer, de la céphalalgie, et si sa figure est animée. Mais ne peut-il pas arriver que l'anxiété, la difficulté de la respiration soient le résultat de la terreur que l'état du malade lui inspire ? Mais le plus souvent, la figure est, dans le cas dont il s'agit, pâle et égarée, une sueur froide couvre la poitrine, le pouls est petit et irrégulier, indice évident du trouble qui s'est opéré dans les fonctions des organes circulatoires. Or, ces considérations m'ont détourné de la saignée. J'ai également proscrit l'emploi des sangsues, parce que le gonflement du bras me paraît être ici d'une nature particulière, et que l'expérience m'a démontré le peu de succès de leur application. Je vais, par l'observation suivante, donner une idée du traitement que je prescris en pareil cas.

Un de mes élèves fit l'autopsie cadavérique d'une femme morte d'une péritonite puerpérale. Il fut dîner en ville, mais il fut contraint de rentrer chez lui de bonne heure en raison d'une douleur excessive qu'il ressentit au doigt. Il ne s'était point aperçu qu'il se fût blessé en disséquant,

mais il reconnut une légère excoriation à la peau près de l'ongle. La douleur augmenta tellement, qu'il ne pût goûter un instant de repos, et il passa la nuit entière dans la plus grande agitation. Je le vis le lendemain : il présentait tous les symptômes indiqués précédemment. Je lui administrai sur le champ une forte dose de calomel et de coloquinte, associés avec un peu d'antimoine. Je lui recommandai de tenir la main et l'avant-bras constamment couverts de compresses imbibées d'une lotion opiacée chaude ; je lui fis prendre en même temps le laudanum à l'intérieur ; la douleur du doigt diminua, mais le gonflement du bras et de l'épaule augmentèrent. Le lendemain il se plaignit davantage de la douleur de côté. Comme il était naturellement très-sobre, et que la veille il avait bu à son diner plus de vin que d'habitude, je lui conseillai la bière pour boisson. Le lendemain je combinai le calomel à l'opium dans l'intention de déterminer la salivation ; le troisième jour j'incisai le doigt jusqu'à l'os à la sollicitation du malade, mais il ne sortit pas de pus. Immédiatement après cette incision, la plaie du doigt prit tous les caractères de la gangrène. Le quatrième jour il poursuivit le même traitement. Il me fit appeller à minuit ; il éprouvait alors une céphalalgie violente, de l'anxiété, de la dyspnée, et une douleur de poitrine. Son pouls était plein et battait 140 fois. On appela d'autres médecins en consultation, tous furent d'avis qu'il fallait saigner ; je m'y opposai, et je pris sur moi la responsabilité de ce qui pouvait arriver. Je ne tardai pas à m'apercevoir que cette agitation avait pour cause une commotion morale ; je fis voir au malade le peu de fondement de ses craintes, et je lui prescrivis 35 gouttes de laudanum, avec l'injonction d'en reprendre la même dose si les symptômes continuaient. Cela ne fut pas nécessaire ; le malade se borna à boire du vin et de la bière. Tous les symptômes alarmans s'appaisèrent, il ne se forma pas

d'abcès, le gonflement diminua peu à peu ; mais les parties qui avaient été gonflées devinrent le siége d'un érythème assez douloureux. On voit assez manifestement ici que les symptômes se déclarèrent et marchèrent avec tous les caractères fâcheux qu'ils ont présentés dans les cas où l'affection dont nous nous occupons eut une terminaison funeste ; je pense donc que la méthode que j'ai suivie est digne de fixer l'attention des médecins. Il faut attacher beaucoup d'importance aux évacuations sanguines et ne point les prodiguer dans la première période de la maladie. On pourrait, quand on doit ouvrir le thorax ou l'abdomen d'individus morts de pleurésie ou de péritonite, enduire ses doigts d'axonge ou de pommade. Cette précaution n'est point puérile, et ceux qui la prendront devront penser que leurs craintes seront suffisamment justifiées par l'idée du danger auquel exposent certaines autopsies cadavériques. Si, en disséquant, on s'aperçoit qu'on vient de se blesser, il faudra se laver avec de l'eau de savon, sucer ensuite la plaie et la baigner dans de l'huile essentielle de térébenthine (1) ; si, malgré

(1) Quand on s'aperçoit qu'on vient de se blesser, il faut aussitôt suspendre la dissection, soumettre la plaie au courant très-fort et très-rapide d'un robinet d'eau simple, écarter les bords de la plaie ou l'agrandir si c'est une piqûre, afin que l'eau pénètre jusqu'au fond et entraîne les fluides étrangers qui s'y sont introduits, on évitera de la sorte la nécessité de la succion qui peut *être dégoûtante et dangereuse*. On couvre ensuite la blessure avec une bande de taffetas gommé ou du sparadrap de diachylon, et il faut conserver le doigt enveloppé jusqu'à ce que la plaie soit parfaitement réunie. Les doigts ne sont pas seuls exposés aux blessures que l'on se fait en disséquant. Lorsque le scalpel échappe de la main, on rapproche machinalement les cuisses, si l'on est assis, pour le retenir ; alors la lame de l'instrument peut être poussée avec force contre la face interne d'une des cuisses, et s'y enfoncer plus ou moins avant. J'ai vu deux blessures de ce genre arriver dans cette circonstance. Il ne survint pas d'accidens graves, sans doute parce que l'instrument avait été essuyé par les vêtemens qu'il avait percés avant d'arriver aux tégumens. (*Note du Trad.*)

ces précautions; des accidens se développent, il faudra se hâter de plonger le doigt dans un mélange de laudanum et d'eau de Goulard, prendre du calomel et de l'antimoine, et deux heures après, une forte dose d'opium. Dans le cas où la douleur continuera, il faudra plonger le bras tout entier dans une lotion tiède de laudanum et d'eau de Goulard, prendre de nouveau de l'opium, y joindre quelques gouttes d'ammoniaque, et provoquer la sueur par des cordiaux et des boissons chaudes.

De la lithotomie dans les deux sexes; quatrième mémoire du professeur VACCA. (1). — 1.° *Taille chez l'homme.*

Il y a dix-huit siècles environ que Cornelius Celsus a dit, en parlant de la taille chez l'homme: « *Incidi super vesicæ cervicem juxtà anum cutis, plagâ lunatâ, usque ad cervicem vesicæ debet; cornibus ad coxas spectantibus paulùm; deinde eâ parte quâ resima plaga est, etiamnum sub cute altera transversa plaga facienda est, quâ cervix aperiatur, donec urinæ iter pateat sic, ut plaga paulò major quàm calculus sit.* » Le précepte est bref, mais il est positif. Celse avait sûrement ses raisons pour l'établir, quoiqu'il ait jugé à propos de les taire. Nos pères y ont perdu; nous serons plus heureux que nos pères. Dans une thèse soutenue il y a quelques années sous la présidence de M. Chaussier, on renouvelait, à peu de chose près, la méthode de Celse. Plus tard, on proposa dans une autre thèse imitée de la première, la même chose et presque dans les mêmes termes; mais ces deux dissertations n'avaient pas tiré de l'abandon et de l'oubli la méthode de Celse, quoique bien auparavant des hommes

---

(1) *Della litotomia nei due Sessi. Quarta memoria del professore* *da* VACCA BERLINGHIERI. *Pisa, presso Sebastiano Nostri*, 1825.

célèbres, Raw, Albinus, etc., eussent cherché à interpréter le passage de Celse, et à faire revivre sa méthode. Il était réservé à M. Dupuytren, et après lui à M. Vacca, de mettre à exécution et de perfectionner ce qui n'avait été qu'imaginé par l'auteur latin. Le point capital de l'opération recommandée par Celse, est l'établissement d'une route du périnée à la vessie, sur la ligne médiane, entre la vessie et le rectum. Le reste n'est qu'accessoire. M. Dupuytren a conservé l'incision transversale et *cornue* ou semi-lunaire de Celse. M. Vacca l'a échangée contre une incision longitudinale et droite. En exposant le travail de ce dernier auteur, je serai conduit tout naturellement à parler du procédé de M. Dupuytren, que nous fîmes connaître à M. Vacca dans le temps où il était le partisan le plus zélé de la taille recto-vésicale (*Voyez*, pag. 47, du 4.me Mémoire de M. Vacca.)

Pendant long-temps, M. Vacca est entré dans la vessie par le rectum. Cette voie lui paraissait la plus avantageuse ; il l'a abandonnée ensuite : nous allons voir pourquoi.

Tous les inconvéniens que l'on reproche à la taille recto-vésicale, proviennent de l'incision de l'intestin rectum et de la lésion des conduits éjaculateurs. Tous ses avantages sont dus au lieu où se fait l'incision et aux parties qu'elle intéresse. Une méthode qui aurait tous les avantages de la taille recto-vésicale et dans laquelle pourtant on n'intéresserait ni le rectum, ni les conduits éjaculateurs, serait donc une méthode de tailler parfaite; or, c'est celle que M. Vacca croit avoir trouvée et qu'il décrit dans son Mémoire.

Le professeur toscan fait précéder l'exposé de sa méthode par la description anatomique des rapports du rectum avec le bas-fond de la vessie, la prostate, les parties prostatique et membraneuse de l'urètre, les canaux éjaculateurs et les vésicules séminales. De cette description

il résulte : qu'on peut inciser le col de la vessie dans sa partie postérieure et inférieure, la prostate dans toute son étendue, la portion membraneuse, le bulbe de l'urètre sans léser le rectum; que l'ouverture obtenue par l'incision de toutes ces parties, déjà fort large par elle-même, le devient encore davantage par l'adossement de la paroi antérieure du rectum à sa paroi postérieure; que l'on évite les gros vaisseaux comme dans la taille recto-vésicale, enfin que l'on n'intéresse point les canaux éjaculateurs, si on *latéralise* un peu l'incision.

Pour exécuter l'opération que propose M. Vacca, on aura, outre les instrumens ordinaires à la taille latéralisée, un couteau dont la lame, fixée sur le manche, sera terminée à son extrémité libre par une sorte de languette arrondie, longue de deux lignes, et capable de parcourir facilement la cannelure du cathéter.

Le malade, l'opérateur et les aides, seront placés comme dans la taille latéralisée, on tendra les tégumens d'un ischion à l'autre.

La première incision faite avec un bistouri ordinaire, divisera longitudinalement le raphé, en allant de la marge de l'anus vers le scrotum : longue de 20 à 22 lignes, elle intéressera les tégumens, les fibres du releveur de l'anus qui font partie du périnée, le muscle bulbo-caverneux et le bulbe de l'urètre. Sur l'ongle de l'index gauche, introduit vers l'angle antérieur de la plaie, le bistouri ira diviser les parois de l'urètre dans toute l'étendue correspondant à l'incision extérieure. Le couteau remplacera alors le bistouri. Sa languette ira s'appuyer dans le sillon du cathéter, vers l'angle postérieur de l'incision de l'urètre. Le cathéter sera un peu tiré en haut et fixé contre la symphise du pubis : le couteau sera enfoncé dans la vessie, un peu obliquement de bas en haut, en suivant le sillon du cathéter; il pénétrera d'un pouce dans la vessie. En en ramenant le manche vers le scrotum, par un mou-

vement de bascule, on incisera non-seulement le col de la vessie et la prostate plus ou moins profondément, mais encore la partie membraneuse de l'urètre et le tissu cellulaire sous-jacent. L'incision terminée, le chirurgien introduira dans la plaie l'index de la main gauche, retirera le cathéter et s'assurera avec le doigt de l'incision faite au col de la vessie et à la prostate. Si l'incision n'est point jugée assez grande, elle sera agrandie avec le couteau à languette, introduit sur le doigt. Les tenettes seront disposées de manière que leur convexité regarde les angles et non point les côtés de la plaie. On tâchera de faire passer la pierre plutôt entre les tubérosités qu'entre les branches de l'ischion.

Si l'on craint de blesser les conduits éjaculateurs en opérant, comme il vient d'être dit, on inclinera légèrement le cathéter, de manière que sa pointe vienne faire saillie, non point sur la ligne médiane, mais à gauche; et l'on opérera, du reste, comme plus haut.

M. Vacca croit son procédé plus sûr que tous les autres procédés de la taille sous-pubienne, à raison surtout de la languette dont est armé son couteau. Nous avons déjà vu pourquoi il le regarde comme supérieur à la taille recto-vésicale et nous savons quels sont les titres de supériorité de cette dernière méthode sur la taille latéralisée. Mais il est un procédé qui a la plus grande analogie avec celui de M. Vacca, c'est celui de M. Dupuytren; écoutons ce qu'en dit le chirurgien Pisan.

Dans le procédé de M. Dupuytren, on évite, il est vrai, les inconvéniens de la taille recto-vésicale, mais on n'en obtient pas les avantages. On y risque souvent de léser les vaisseaux : on ne peut pas diviser la prostate dans toute son épaisseur, à moins de donner à l'incision une trop grande étendue. La plaie tombe plutôt entre les hanches qu'entre les tubérosités de l'ischion, et, delà, plus de difficulté pour l'extraction de la pierre.

Ces réflexions sur le procédé de M. Dupuytren, indiquent que le professeur Vacca n'a ni fait, ni vu faire la lithotomie de cette manière. Moi qui l'ai vu pratiquer un assez grand nombre de fois, et qui sais qu'elle a été pratiquée par d'autres praticiens que par M. Dupuytren, depuis que ce professeur a proposé ce procédé (1), je puis affirmer n'avoir jamais observé d'hémorrhagie, et avoir vu retirer, par cette voie, sans peine aucune, des calculs d'un gros volume.

M. Vacca prétend encore que les parois du rectum ne peuvent pas s'adosser l'une à l'autre, aussi bien dans le mode de M. Dupuytren que dans le sien. Je ne comprends pas cette différence. Enfin il dit que l'instrument de M. Dupuytren ne mérite pas la préférence sur un bistouri ordinaire. M. Vacca aurait raison si, dans le procédé de M. Dupuytren, l'incision avait la même direction que dans le sien; mais nous lui ferons observer que l'incision est ici transversale et semi-lunaire.

M. Vacca a fait, sur le cadavre, des essais desquels il résulte, suivant lui, que son procédé partage avec le haut appareil et la taille recto-vésicale, l'avantage de permettre l'extraction des calculs d'un très-gros volume. Il a opéré, suivant ce même procédé, trois malades qui ont bien guéri. Mais il faut voir encore et voir beaucoup, avant de prononcer de la sorte sur la supériorité d'un procédé. Plusieurs praticiens français mettent plus de réserve dans leur jugement, et avant de donner la préférence à une méthode ou à un procédé, ils prennent le sage parti d'opérer comparativement suivant plusieurs procédés ou méthodes, et ils ne donnent définitivement l'avantage à l'un ou à l'autre, que lorsque l'expérience a prononcé. Agir ainsi, c'est ne voir que le bien de la science, c'est n'écouter que l'intérêt de l'humanité.

(1) L'auteur de cet écrit ignore sans doute qu'il a été proposé il y a long-temps par MM. Chaussier et Béclard.

Le procédé de M. Vacca aurait, sous quelques rapports, plus d'analogie avec la méthode de Marianus Sanctus qu'avec celle de Celse. En effet, dans le grand appareil on incise sur la ligne médiane et l'on intéresse les mêmes parties que dans le procédé du praticien de Pise.

Nous pourrions faire connaître ici un nouveau procédé de M. Dupuytren, qui déjà a été mis en pratique deux fois, procédé qui tient le milieu entre la méthode de Celse renouvellée par M. Dupuytren, et celle de M. Sanson. Ce procédé ressemblerait bien plus à celui de Vacca que le procédé auquel ce professeur compare le sien. Nous ne voulons pas décrire le mode d'opérer de M. Dupuytren, pour lui laisser le soin de le faire connaître et d'en exposer tous les avantages, nous l'indiquons seulement et pour prendre date.

Taille vagino-vésicale (1).

M. Vacca croit la méthode vagino-vésicale supérieure à celle dans laquelle on intéresse l'urètre et le col de la vessie, sous quelque forme du reste qu'elle se présente; il la croit supérieure à la dilatation de l'urètre, à la méthode de M. Lisfranc dans laquelle on fait passer le calcul là où les branches du pubis sont le plus rapprochées; il la préfère enfin à l'appareil hypogastrique. Dans cette méthode, en effet, on évite l'incontinence d'urine, la lésion des artères honteuses, on ne court point risque de léser le péritoine; on extrait avec facilité les calculs volumineux.

Je ne parlerai point avec l'auteur de la manière dont Rousset, Ruisch, Fabrice de Hilden, Gooch, MM. Flaubert Clemot, exécutaient ou exécutent la taille vagino-vésicale. Je ne dirai pas non plus que dans les procédés de MM. Giorgi et Regnoli, l'urètre et le col de la vessie sont intéressés. Je passe au procédé de M. Vacca.

La vessie sera distendue par plusieurs onces d'eau

(1) *Del taglio vagino-vescicale.—Pisa*, 1825.

tiède, de manière que le chirurgien puisse la sentir avec le doigt, à travers les parois du vagin. Le chirurgien introduira dans le vagin une espèce de cuiller ou de gorgeret dont l'extrémité concave recouvrira le museau de tanche, tandis que sa face plane s'appuiera sur la face postérieure du vagin. Un aide portera de plus en plus cet instrument vers le coccix. Le doigt indicateur de la main gauche sera introduit dans le vagin jusque vers l'endroit de ce canal qui correspond au col de la vessie. Le chirurgien saisira de la main droite le bistouri caché; le conduira, le long de ce doigt, au-delà du col de la vessie, et, l'enfonçant de bas en haut et de dehors en dedans, le fera pénétrer de quelques lignes dans la vessie; quelques gouttes de liquide s'écouleront; le bistouri sera ouvert; on le retirera en portant le manche vers le pubis. Le doigt sera porté dans la vessie, pour s'assurer du volume de la pierre. L'incision sera agrandie s'il est nécessaire, et l'introduction des tenettes dans la vessie terminera l'opération.

Je ne ferai qu'une remarque sur ce procédé opératoire. M. Vacca a donné comme un avantage de sa nouvelle taille, chez l'homme, l'impossibilité de léser les parois de la vessie ailleurs qu'à l'endroit de l'incision, parce que le couteau dont il se sert est boutonné, et maintenant que dans sa taille, chez la femme, le bistouri n'a pas de bouton, il ne regarde pas le danger de cette lésion comme un inconvénient, parce qu'il ne croit pas qu'un chirurgien puisse être assez maladroit pour la produire. M. Vacca a opéré deux malades suivant son procédé: l'une a guéri, l'autre est morte.

Pour ne pas sortir de la chirurgie italienne, nous dirons que deux praticiens napolitains nous ont montré dernièrement à Paris, des instrumens avec lesquels ils pratiquent avec un succès constant la taille recto-vésicale, et ils nous ont assuré avoir fait trente fois cette opération sans perdre

un seul malade et sans avoir observé de fistule à la suite de l'opération. Certes aucune méthode ne peut donner des résultats aussi satisfaisans, et nous voyons avec plaisir que si les chirurgiens de Pise abandonnent la taille recto-vésicale, elle trouve un refuge et des défenseurs à Naples. Dieu veuille que dans cette dernière ville aucun nouveau procédé ne soit découvert, car alors la méthode de M. Samson pourrait bien perdre encore une grande partie de ses avantages! Les mêmes praticiens nous ont montré un cathéter qui, pour sa longueur et sa courbure, ressemblait à une sonde de femme. Cet instrument était brisé par une charnière, à deux pouces environ de l'extrémité par laquelle il doit être introduit dans la vessie; au moyen d'une tige cette partie brisée était renversée et pouvait devenir un véritable cathéter à l'aide duquel le bistouri porté dans le vagin, et glissant sur ce conducteur, divisait convenablement et constamment les mêmes parties.

EXTRAITS DIVERS.

Nouvelle méthode de guérir le Trichiasis; par Vacca Berlinghieri. (1) — On admet généralement trois espèces de trichiasis: dans l'une, les cils sont renversés en dedans ainsi que le bord libre du cartilage tarse, soit dans une partie ou dans la totalité de son étendue; dans l'autre, le cartilage n'est aucunement dévié, et les cils ont seuls une direction vicieuse: enfin, dans la troisième espèce, le bord libre des paupières et les cils qui y sont implantés ont leur direction naturelle, mais il existe un plus ou moins grand nombre de cils surnuméraires, qui sont dirigés contre le globe de l'œil. Cette dernière espèce n'est pas admise par tous les praticiens, cependant il y a des chirurgiens éga-

(1) *Annali univers. di Med.*, etc., octobre, novembre 1825. (Extraits par M. Ollivier.)

lement célèbres parmi ceux qui en admettent et ceux qui en rejettent l'existence.

L'auteur après avoir rappellé les diverses explications données par les auteurs sur la cause du trichiasis, passe successivement en revue les méthodes de Schreger, Beclard, Jager, Saunders, Crampton, Guttrie, et fait voir qu'aucune d'elles n'est applicable à la troisième espèce de trichiasis, celle qui consiste dans le développement anormal d'un plus ou moins grand nombre de cils; c'est pour cette dernière que M. Vacca a pratiqué trois fois avec succès l'opération suivante :

Le malade étant placé vis-à-vis la lumière, la tête appuyée et maintenue contre la poitrine d'un aide, le chirurgien soulève d'abord la paupière, s'assure du nombre des cils déviés, trace avec de l'encre sur la face externe de la paupière une ligne parallèle à son bord libre, et qui en est distante d'un quart de ligne; il la prolonge exactement dans l'étendue de la portion de paupière occupée par les cils surnuméraires. Il introduit ensuite entre la paupière et le globe de l'œil, une plaque de corne ou d'ivoire, légèrement concave sur un côté, convexe sur l'autre, analogue à une cuiller, mais ayant son extrémité beaucoup plus arrondie. La face convexe de cet instrument est creusé d'une raimure dans laquelle est reçu le bord libre de la paupière, que l'aide étend sur cet instrument en pressant sur les deux angles de l'œil avec les doigts medius et indicateur (l'aide se sert de la main droite pour l'œil droit, et *vice versâ*); avec l'autre main il assujettit le manche de l'instrument au-devant de la joue.

Les choses étant ainsi disposées, le chirurgien pratique à l'aide d'un bistouri une petite incision verticale à chacune des extrémités de la ligne tracée. Ces deux petites incisions, d'une ligne et demie d'étendue, qui ne comprennent que l'épaisseur de la peau, et qui circonscrivent l'espace dans lequel se trouvent les cils déviés, se termi-

nent au bord libre de la paupière. Une troisième incision transversale, qui n'intéresse aussi que la peau, est faite parallèlement et au-dessous de la ligne tracée; elle se réunit au deux incisions verticales. Il en résulte ainsi un lambeau étroit, alongé, qu'on soulève avec des pinces déliées ou l'extrémité des doigts, et qu'on détache en le disséquant. On le renverse et on met à découvert les bulbes des cils qui font saillie à la face adhérente du lambeau. Il n'est pas toujours facile de les bien distinguer, parce que le sang qui s'écoule les recouvre, en même temps que le tissu celluleux très-fin qui les enveloppe, empêche qu'on ne les saisisse aisément. On prévient en partie cet inconvénient, en épongeant la petite plaie, dont on absorbe le sang; on saisit alors chacun des bulbes avec des pinces et on les excise avec le bistouri, ou avec de petits ciseaux; on enlève de cette manière tout ce qui se trouve entre le lambeau renversé et la partie correspondante du cartilage tarse. Cette excision faite, on réapplique le lambeau, et on le maintient avec une simple bandelette de taffetas d'Angleterre.

On conçoit que si les cils déviés étaient très-distans les uns des autres, et séparés par des cils non déviés, il ne faudrait emporter que les bulbes des premiers et respecter ceux des seconds. On voit les modifications à employer, lorsqu'on opère sur l'une ou l'autre paupière. Dans un cas, M. Vacca a simplement cautérisé les bulbes avec un petit pinceau imbibé d'acide nitrique, au lieu de les exciser, et la guérison a été complète. L'opération est alors plus prompte, plus facile, mais non moins douloureuse. Quant à l'ablation des cils après la destruction des bulbes, on peut les arracher immédiatement, ou attendre qu'ils se détachent d'eux mêmes, ce qui n'a pas lieu avant le sixième jour, et quelquefois beaucoup plus tard. Il vaut mieux les enlever de suite, lorsque leur présence détermine des douleurs violentes, et une irritation extrême du globe de l'œil.

M. Vacca, ainsi que nous l'avons dit en commençant, a guéri parfaitement, par cette méthode, trois individus affectés de l'espèce de trichiasis que nous avons indiquée.

Observation relative aux usages des nerfs rachidiens ; par le docteur LEONELLO POLETTI. — Suivant M. Bellingeri, la moelle épinière est divisée en six faisceaux. On sait qu'il admet que les racines postérieures communiquent d'une part avec les cornes postérieures de la substance grise de la moelle, et de l'autre avec les faisceaux postérieurs ; que les nerfs implantés sur les faisceaux moyens ou latéraux, président aux fonctions organiques, et qu'enfin toutes les racines antérieures qui sont en communication avec les faisceaux antérieurs, ont rapport aux mouvemens de flexion de la tête, du cou et du tronc ; au mouvement de flexion et d'adduction des extrémités supérieures, d'abduction des cuisses et d'extension des jambes ; tandis que les nerfs rachidiens postérieurs et les faisceaux correspondans de la moelle président aux mouvemens d'extension de la tête, du cou, du dos, des membres supérieurs, des mains et des doigts : à l'élévation de la mâchoire supérieure, à l'abduction des membres supérieurs, à l'abduction et à la flexion des jambes. L'observation suivante vient entièrement à l'appui de l'opinion d'après laquelle il attribue pour fonctions aux nerfs qui correspondent aux faisceaux antérieurs de la portion cervicale de la moelle, de présider aux mouvemens des muscles fléchisseurs du cou.

Un vernisseur de carrosse était tourmenté depuis plus de six mois par une contraction spasmodique des muscles du cou, qui était incliné fortement sur l'épaule droite, plus en arrière qu'en avant ; le malade ne pouvait que difficilement le maintenir dans une situation fixe, et il éprouvait de temps en temps un tiraillement dans les parties opposées. La contraction paraissait affecter spécialement les muscles scalènes et inter-transversaires,

mais plus les premiers que les seconds ; on observait très-peu de gonflement et d'engorgement à l'extérieur du cou. Le malade mit en usage beaucoup de moyens sans éprouver aucune amélioration bien sensible. Enfin il succomba à la suite du développement d'un anévrysme énorme de l'aorte ventrale. A l'ouverture du cadavre, après avoir mis à découvert la portion cervicale de la moelle, on put constater que son tissu n'était aucunement altéré, mais la pie-mère qui enveloppe les racines antérieures était excessivement rouge, épaissie, plus dense, et criait sous le tranchant des ciseaux. Cette membrane présentait aussi une rougeur vive dans toute l'étendue comprise entre les trois ou quatre premières vertèbres cervicales, et qui se dissipait graduellement en bas. L'engorgement inflammatoire qui existait ici, dit l'auteur, dans la pie-mère qui recouvre les faisceaux antérieurs de la moelle, était donc la cause des contractions spasmodiques qui faisaient incliner constamment la tête à droite, et ce résultat confirme que les racines rachidiennes antérieures et les faisceaux correspondans de la moelle, président aux mouvemens de flexion du cou.

Exemple d'une éventration congénitale ; par le docteur Francesco de Camin. — Laura Bassani, âgée de 29 ans, devint enceinte pour la quatrième fois, et accoucha heureusement d'un enfant du sexe masculin, qui présenta à sa naissance le vice de conformation suivant. Il sortait à travers une ouverture ovalaire confondue avec l'ombilic, une masse considérable d'intestins dépourvue de toute espèce d'enveloppe, et d'une couleur rouge sanguinolente ; on reconnaissait dans cette masse intestinale, une portion de l'estomac, la plus grande partie des intestins grêles et du colon transverse.

Ces différentes portions du canal alimentaire, distendues par des gaz, étaient adhérentes par les replis naturels du péritoine, et dans divers points de leur étendue,

elles étaient accolées et réunies par une lymphe plastique non organisée et par quelques productions membraniformes très-molles. L'estomac avait contracté une adhérence intime avec le bord supérieur de l'ouverture accidentelle, par l'intermédiaire d'un prolongement triangulaire de la peau, dont l'épaisseur diminuait graduellement, et qui se confondait insensiblement avec la paroi de l'organe. Cette éventration congénitale pouvait admettre un gros œuf de pigeon; sa partie inférieure était dirigée vers l'hypogastre. La partie interne de la circonférence de cette ouverture était égale lisse, et formée par un mélange de fibres charnues et aponévrotiques, tandis que la partie extérieure de cette même circonférence, formée par la peau amincie, était irrégulière, interrompue par des déchirures profondes, remplies de sang coagulé, et présentait quelques lambeaux renversés en dehors. Le cordon ombilical placé à la partie latérale droite de cette ouverture, n'offrait rien de particulier.

L'enfant, quoique petit et amaigri, était parfaitement conformé et à terme. Ses extrémités étaient froides; il poussait continuellement des cris faibles et plaintifs. La rénittence et le développement de toute la masse intestinale, rendaient complètement impossible toute espèce de réduction. L'enfant succomba trente heures après la naissance. Les parens s'opposèrent à ce qu'on fît l'examen du cadavre.

VARIÉTÉS.

Académie royale de Médecine (Novembre.)

ACADÉMIE RÉUNIE. — *Séance du* 5 *novembre*. — M. le secrétaire perpétuel rappelle à l'Académie les pertes qu'elle a faites dans les personnes de M. le comte de Lacépède, associé libre, et de M. Girard fils, professeur à Alfort et adjoint résident de la section de chirurgie.

Prix de l'Académie. — M. Esquirol, en son nom et aux noms de MM. Adelon, Double, Roux et Breschet, fait un rapport sur les Mémoires qui ont été envoyés au concours pour le prix proposé par l'Académie, dans sa séance publique de 1824. Voici la question qui est le sujet du prix: *Déterminer, d'après les expériences physiologiques, d'après les observations cliniques, et d'après les recherches de l'anatomie pathologique, le siége et le mode des altérations du système cérébro-spinal, et faire connaître les indications thérapeutiques qui en résultent.* — L'Académie, pour entendre et discuter ce rapport, se forme en comité secret. (On a répandu dans le public que deux Mémoires seulement avaient été envoyés à l'Académie; qu'aucun des deux n'avait été jugé digne du prix, mais que l'auteur de l'un des deux recevrait, à titre d'encouragement, une médaille d'or du prix de six cents francs).

Séance du 19 novembre. — *Création d'une école spéciale de médecine légale.* — L'Académie discute le projet de *l'école de médecine d'application*, dont la commission des poisons lui a proposé de demander la fondation au gouvernement, dans sa séance du 18 octobre dernier. (*Voyez* pag. 437 et suivantes du présent volume). — M. Orfila combat le projet; si le rapport porte sa signature, ce n'est que comme membre de la commission des poisons; mais il n'a pas concouru à sa rédaction; il était alors en voyage pour présider les jurys de médecine. Il reproche à la commission d'avoir négligé la question scientifique pour ne s'occuper que de vues administratives; et il s'élève surtout contre cet article du projet, qui interdit de prendre les professeurs de l'école proposée parmi les professeurs des facultés actuelles de médecine. Il regarde cette interdiction comme étant tout à la fois une injustice et une injure envers ces professeurs. — M. Léveillé demande l'ordre du jour pur et simple sur le rapport, attendu que la commission y a traité une question autre que celle sur laquelle le ministre a consulté l'Académie. — M. Double fait remarquer que l'Académie ayant, dans sa séance dernière, ordonné l'impression du rapport, a annoncé par là qu'elle en prenait le sujet en considération. Il n'est pas de l'avis de la commission, mais il pense qu'on ne peut ainsi terminer brusquement, par un ordre du jour, la discussion. — M. Dupuytren fait la même remarque que M. Double; membre de la commission, il a, dans les séances de cette commission, combattu le projet. Il croit que l'Académie, instituée pour perfectionner toutes les branches de la médecine, doit être tout-à-fait distincte du corps enseignant; et il pense que, sous ce rapport, le projet la fait sortir de la sphère d'action qui lui est assignée par les lois. Mais, si l'Académie doit rejeter comme mauvais le plan proposé par la commission, elle peut et doit en chercher et en adopter un meilleur, car il faut qu'elle remplisse le but de son institution, qui est de travailler au perfectionnement de la science. — M. Desgenettes appuie la distinction faite par M. Dupuytren, du corps académique et du corps enseignant. Il établit, en outre, que la création d'un corps de *médecins fonctionnaires*, seuls aptes à être

employés par l'autorite dans tous les cas où celle-ci a besoin des lumières de la médecine, est une véritable violation de propriété envers les autres médecins aujourd'hui gradués, puisqu'une des attributions que leur décerne leur diplôme, celle d'être experts dans les cas de médecine légale, leur est retirée.—M. Adelon ne prend la parole que parce que le rapporteur, M. Dumas, est absent. Il veut défendre, sinon les bases du projet, au moins les intentions de la commission. D'abord, celle-ci avait titre pour proposer une école spéciale de médecine légale, puisque c'est sur le projet d'une semblable école que le ministre consulte l'Académie. Ensuite, en faisant cette proposition, la commission ne fait pas sortir l'Académie de ses attributions, puisque son but étant de perfectionner, elle peut appliquer ses efforts de perfectionnement aux méthodes d'enseignement de la médecine, comme aux autres parties de cet art. En troisième lieu, la commission est certainement excusable d'avoir conçu le projet d'une semblable école, puisque ce projet avait été conçu de même par M. Orfila, qui l'attaque aujourd'hui, et par MM. Dupuytren et Leroux, qui reconnaissant que l'enseignement actuel de la médecine légale dans les facultés est insuffisant, avaient dès long-temps demandé à l'autorité des additions à cet enseignement, et particulièrement la fondation d'une *clinique de médecine légale*. Enfin, l'idée de rattacher l'école projetée à l'Académie, n'est qu'une chose fort accessoire dans le plan proposé par la commission; on peut faire de cette école une dépendance de la faculté ou du corps enseignant. M. Adelon proteste surtout contre l'intention que M. Orfila prête au rapporteur et à la commission, d'avoir élevé des doutes sur le zèle ou le savoir des professeurs des facultés; il rend pleine justice à l'un et à l'autre, mais il fait remarquer que l'enseignement de la chimie dans les facultés de médecine, est généralement exclusivement oral et théorique, et que dans l'école projetée, les élèves, au contraire, seront exercés à des manipulations. — M. Larrey relève le motif auquel est due la première pensée du projet, l'ignorance des médecins des colonies dans la chimie et la toxicologie. Les médecins de ces pays, dit-il, ont été, comme ceux de la France, gradués à quelques-unes des facultés de l'Europe. Ils ont reçu la même instruction, et, par-conséquent, possèdent les mêmes lumières. — M. Orfila conteste ce fait, au moins en ce qui concerne la chimie; et il cite en preuve que, dans le voyage qu'il vient de faire, l'ignorance dans cette science était, dans le chef-lieu d'un département de France, portée au point qu'on y manquait même des réactifs propres à faire les recherches chimiques que nécessite un empoisonnement. — M. Pelletier, membre de la commission, fait remarquer que ce fait, cité par M. Orfila, est un argument de plus en faveur de l'école proposée par la commission, et il reproduit, pour la justification de celle-ci, toutes les considérations qu'a déja présentées M. Adelon. — Plusieurs membres de l'Académie, MM. Marc, Burdin, Sedillot, demandent que le rapport soit renvoyé à la commission, pour que celle-ci se renferme exclusivement dans la lettre du ministre. — M. Dupuytren de-

mande, en outre, que dans le nouveau projet de réponse que devra préparer la commission, elle insiste sur ces deux points : Qu'il y a nécessité d'augmenter les moyens d'enseignement de la médecine légale, dans les diverses facultés de médecine ; et que le ministre est instamment prié d'accorder à l'Académie les fonds que celle-ci a déja demandés pour se livrer à des expériences de toxicologie. — Ces deux dernières dispositions sont enfin adoptées.

Section de Médecine. — *Séance du 8 novembre.* — *Vaccine.* — M. Mérat communique à la section une lettre de M. Dutrouilh, médecin à Bordeaux, qui annonce que sur six mille individus et plus qu'il a vaccinés à Bordeaux depuis vingt ans, aucun n'a été atteint de la variole, bien qu'il y ait eu plusieurs épidémies de cette maladie dans cette ville. — La lecture de cette lettre donne lieu à des communications de la part de divers membres de la section. — M. Girardin croit avoir en ce moment un exemple de variole survenue chez un vacciné ; le malade est le fils d'un médecin qui, dans son enfance, a été vacciné avec le plus grand soin possible par son pére, et qui, ayant pris la variole en fréquentant les hôpitaux de Paris, est maintenant au septième jour de cette maladie. — M. Baron oppose à M. Girardin que le malade dont il parle n'est pas encore arrivé à une époque assez avancée de sa maladie pour qu'on doive déjà la qualifier de variole, attendu que, jusqu'au sixième jour, souvent les varicelles et les varioloïdes ressemblent beaucoup à cette maladie, et que leur prompte desquammation vers le dixième jour est surtout ce qui les en fait distinguer. — M. Louyer-Villermé cite un fait qui confirme cette remarque de M. Baron. La maladie, prise jusqu'au septième jour pour une variole, se termina à cette époque si brusquement que les assistans eux-mêmes, étrangers à la médecine, reconnurent l'erreur dans laquelle ils avaient été. Ce médecin ajoute que la varicelle n'est pas toujours une maladie simple ; et il rapporte deux cas de cette maladie dans laquelle il existait des signes prononcés de phlegmasie cérébrale. — M. Léveillé présente comme signe distinctif de la varioloïde et de la variole, que la première, après sa desquammation, ne laisse pas de véritable rougeur à la peau, mais seulement des apparences de tubercules qui tiennent à ce que la peau reste encore gonflée quelque temps. — M. Devilliers continue les communications qu'il a commencé de faire sur la mortalité de la variole dans le douzième arrondissement de Paris. Sur deux cent quinze décès à domicile survenus dans cet arrondissement pendant le mois d'octobre, quatre-vingt-onze ont été produits par la variole ; aucun des décédés n'avait été vacciné. Des vaccinés ont impunément résidé au milieu des varioleux, et aucun des établissemens où l'on n'admet que des individus vaccinés, n'a présenté de variole. Ce médecin ajoute quelques réflexions sur les caractères différentiels de la variole, de la varioloïde et de la varicelle. Dans ces deux dernières maladies, les boutons sont également des pustules simples ou divisées, dont la pellicule extérieure s'enlève avec facilité ; seulement, dans la varioloïde, les boutons sont plus

nombreux, plus gros, ont plus de durée que dans la varicelle. Dans la variole, au contraire, les pustules présentent beaucoup de locules intérieures, et sont ombiliquées. — M. Marc professe qu'il y a des différences plus marquées entre la varioloïde et la varicelle, que ne le dit M. Devilliers; l'éruption de la première de ces maladies se fait tout d'un coup, et celle de la seconde ne se fait, au contraire, que successivement; les pustules de cette dernière sont aussi plus rondes, ont plus la forme de perle. — M. Mérat traite en ce moment d'une variole une demoiselle qui a été vaccinée il y a vingt-deux ans; d'un côté, on ne peut douter de la réalité de la variole, car la maladie est au dix-septième jour; de l'autre, il y a tout lieu de croire que la vaccine a été primitivement légitime, car la sœur de la malade, vaccinée en même temps qu'elle, a pu la soigner sans contracter la maladie. Ce membre a dernièrement soumis à une seconde vaccination un individu qui avait été vacciné il y a vingt-quatre ans, et l'opération n'a eu aucun résultat. — M. Salmades rappelle que tous les essais de seconde vaccination qu'a tentés l'ancien comité de vaccine, n'ont jamais produit qu'une fausse vaccine. Il ajoute que les médecins confondent trop souvent les cicatrices de la fausse et de la vraie vaccine; ces dernières sont distinctes en ce qu'elles sont plus gaufrées, et présentent des rayons qui divergent du centre à la circonférence.

Méthode ectrotique de la variole. — M. Mestivier, en son nom, et aux noms de MM. Laennec et Rullier, fait un rapport sur le Mémoire de M. Damiron, relatif à l'emploi de la cautérisation dans la variole. (Voyez pag. 349 et suivantes du présent volume). Les rapporteurs reprochent à M. Damiron d'avoir admis trop généralement et sans en fournir les preuves, que l'encéphalite, qui complique souvent la variole, est toujours consécutive de la gastro-entérite qui existe aussi en cette maladie. Ils relèvent en son Mémoire une grave omission, celle de savoir si quelquefois l'emploi de la cautérisation n'aurait pas donné lieu lui-même au développement de l'encéphalite. Ils mentionnent deux ouvertures de cadavres faites par l'auteur du Mémoire; l'une d'un homme auquel on ne cautérisa qu'une moitié de la face, et qui néanmoins offrit les traces d'une forte inflammation étendue sur les deux hémisphères du cerveau; l'autre d'un homme qui présenta, à la suite d'une saignée faite avec une lancette neuve, des traces d'une phlébite générale; en 5 jours le mal avait envahi tout le système veineux, sans porter la moindre atteinte aux artères.

Ce rapport donne lieu à une discussion. — M. Leveillé croit que la cautérisation des pustules de la conjonctive, qu'on présente comme une des applications heureuses de la méthode ectrotique de M. Serres, n'est pas aussi nécessaire qu'on le suppose; attendu que les paupières, qui portent ces pustules, ne se roulent jamais en dedans, et par conséquent ne peuvent inoculer le mal à la cornée. Il ajoute que, chez deux malades qu'il a vu récemment devenir aveugles à la suite de la variole, la cécité provenait si peu des prétendues pustules de la cornée, que les yeux des

malades ne furent pas même fermés pendant le cours de la maladie, et que ce ne fut qu'après l'époque de la desquammation que survint l'ophthalmie qui a amené la perte du sens.—M. Guersent appuye l'assertion de M. Léveillé ; il a vu cette année beaucoup d'ophthalmies compliquer la variole, mais toujours tardivement, après la période de la desquammation : il ajoute que les pustules de la conjonctive ne suppurent jamais, mais ne font que déterminer le gonflement de la membrane ; il craint enfin que la cautérisation des pustules des bords des paupières ne nuise, en provoquant l'ophthalmie qu'on cherche à prévenir. = M. Serres oppose à cette crainte les nombreux essais qu'il a faits à l'hôpital de la Pitié, essais dans lesquels il n'a jamais vu survenir l'inflammation de la cornée, et par lesquels au contraire il a prévenu la perforation de cette membrane et par suite la perte de la vue. En preuve de cette assertion, il rapporte qu'une maladie l'ayant forcé d'interrompre son service, la pratique de la cautérisation fut pendant ce temps négligée, et, à son retour, il trouva plusieurs malades qui avaient perdu la vue ; il ne parvint à en guérir plusieurs qu'en recourant à la cautérisation. Selon lui, d'autre part, les pustules de la cornée sont produites par le contact des pustules qui sont sur le bord des paupières ; et ce qui le prouve, c'est que ces pustules n'occupent jamais que le disque inférieur de cette membrane, c'est-à-dire le seul point où elle est en contact avec les paupières. Enfin, M. Serres n'admet pas cette assertion, que les pustules des membranes muqueuses ne suppurent pas ; il cite en preuve du contraire l'état de suppuration que présentent les boutons qui sont situés sur la langue, le voile du palais et dans le larynx ; il convient seulement que la suppuration de ces boutons a une marche plus rapide— M. Guersent répète qu'il n'a jamais vu de pus dans les boutons varioliques des muqueuses ; selon lui, ces boutons entraînent seulement des ulcérations de la membrane. En outre, il n'est pas exact que les pustules de la cornée ne siégent qu'au disque inférieur de cette membrane ; il en a observé tout autant dans sa partie supérieure et dans la reste de son étendue. Enfin M. Guersent avance que les inflammations de la cornée sont des inflammations qui tendent au ramollissement, à la perforation de la membrane ; et c'est, selon lui, une nouvelle raison de rejeter la pratique de la cautérisation. = M. Lisfranc se range de l'avis de M. Serres ; les pustules varioliques de la cornée sont suivies du ramollissement et de la perforation de cette membrane, et la cautérisation de ces pustules a l'avantage de prévenir ce résultat funeste ; la cautérisation ici borne le mal, comme elle le borne dans les charbons. — M. Husson regrette que les commissaires se soient bornés à une analyse du Mémoire de M. Damiron, sans porter un jugement sur le procédé de la cautérisation ; l'esprit, dit-il, flotte entre les faits pour et contre qui ont été rapportés : un ouvrier de M. Odiot, qui, dans le cours de septembre, a été traité de la variole à l'hôpital de la Pitié, l'a assuré que beaucoup des malades cautérisés étaient morts, et même, il lui a dit que, dans leur ignorance,

les malades regardaient comme condamnés à mourir *ceux qu'ainsi on noircissait.*=M. Serres ne peut donner d'explications sur le fait rapporté par M. Husson, parce que d'après la salle et le n° du lit indiqués par l'ouvrier, ce fait a dû avoir lieu dans des salles qui n'appartiennent pas à son service. = M. Lisfranc ajoute que les rapports des malades doivent toujours être accueillis avec défiance, à cause de leur ignorance et de la tendance qu'ils ont à se laisser aller à d'injustes et ridicules exgérations.— M. de Kergaradec regrette qu'on ne puisse pas connaître le nombre des varioleux qu'ont perdus les autres médecins du Val-de-Grâce, par opposition à ceux qu'a perdus M. Damiron.—M. Léveillé pense que le danger de la variole n'est pas exclusivement dans les encéphalites et les gastro-entérites qui la compliquent, mais qu'il tient souvent aux pustules qui existent dans le larynx et la trachée-artère et qui amènent une espèce d'asphixie; sur plusieurs des malades qu'il a perdus dans l'épidémie actuelle, il a vérifié ce fait.—Enfin, M. Lisfranc assure que de même qu'on prévient, par la cautérisation des érysipèles de la face, des encéphalites qui sont suscitées par ces érysipèles, de même on conjure, par ce moyen, les encéphalites consécutives de la variole.

Séance du 22 novembre — Variole.— M. Villermé fait une communication relative aux décès causés par la variole depuis le 1er janvier jusqu'au 1er octobre 1825, dans chacun des 12 arrondissemens de Paris. Le nombre total des décès a été de 1264. Le 1er arrondissement est celui qui en a compté le moins, 11; et le 12e celui qui en a compté le plus, 399. C'est dans les quartiers pauvres et dont les habitans ont apporté le plus d'obstacles à la pratique de la vaccine, que l'épidémie de variole a fait le plus de victimes. Le nombre des morts augmentait chaque mois, de sorte que n'étant que de 17 et de 12 en janvier et en février, il a été de 399 et de 461 en août et en septembre. Dans ce nombre de 1264 morts, il y a eu 764 individus du sexe masculin, et 500 du sexe féminin. Cette différence tient à ce qu'on vaccine plus de filles que de garçons, sans doute dans l'espoir de conserver la beauté des premières. M. Villermé a vérifié que, dans le 4e arrondissement, les garçons non vaccinés sont dans la proportion de 1 sur 4, tandis que les filles sont seulement dans celle de 1 sur 10.

Vaccine.—M. Baron communique une lettre de M. Berlau, médecin à Ceret (Pyrénées-Orientales), dans laquelle ce docteur annonce, qu'à l'occasion d'une épidémie de variole qui a sévi dans le pays qu'il habite, en 1821, il a vu beaucoup d'éruptions, ou anomales, ou varicelleuses, ou enfin véritablement varioleuses, attaquer des vaccinés, et qu'il croit avoir remarqué que les premières éruptions existèrent surtout chez les individus qui avaient été nouvellement vaccinés, tandis que les véritables varioles se montrent chez ceux qui l'avaient été très-anciennement. Soupçonnant d'après cela que la vaccine perdait de sa faculté préservative à mesure qu'on s'éloignait de l'époque de la vaccination, pour s'assurer de ce fait, M. Berlau revaccina des personnes de différens âges, et son soupçon lui parut confirmé en ce que ces secondes vaccinations produisirent

des vaccines d'autant plus régulières et légitimes qu'elles étaient pratiquées sur des sujets dont la première vaccination remontait à une époque plus reculée, et au contraire d'autant plus mal caractérisées que les sujets avaient plus récemment subi la première vaccination. Dans le premier cas, les secondes vaccinations ont produit des vaccines si évidemment légitimes, qu'elles ont été inoculées avec succès à des individus non vaccinés. = M. Moreau rappelle à la section que M. Berlau a envoyé sur ce sujet un Mémoire à l'Académie, que la Commission de vaccine a consigné la substance de ce Mémoire dans son rapport sur les vaccinations de 1824, ainsi que l'opinion contraire émise par un autre médecin, que ce sont les individus nouvellement vaccinés qui ne sont pas préservés, parce qu'ils ont été vaccinés avec un virus vaccin affaibli.

Hydrophobie — M. Lucas rend compte d'un Mémoire de M. Naudin, médecin à Toulouse, et correspondant de l'Académie, intitulé : *Observations sur quelques étranglemens et sur quelques maladies organiques des viscères abdominaux.*—Ces observations sont au nombre de 5. L'auteur en a joint une 6e relative à un cas d'hydrophobie : six personnes furent mordues par un chien qu'on ne croyait pas enragé ; aucunes précautions ne furent prises, et, 48 jours après la morsure, la rage se déclara chez l'une d'elles et amena la mort en 2 jours. L'intérieur de la bouche ne présenta pas les pustules annoncées par Marochetti ; mais seulement un état d'inflammation des glandes sublinguales qui furent cautérisées sans succès. Les cinq autres personnes n'avaient rien éprouvé encore un mois après la mort de la première.

Méthode ectrotique de la variole. — MM. Mestivier, Laennec et Rullier font un rapport sur la note de M. Noble de Versailles, relative à l'emploi de la cautérisation dans la variole. (Voyez pag. 440 et suiv. du présent volume). A l'occasion de ce rapport, M. Bally avance que le degré d'utilité de la pratique de la cautérisation n'est relatif qu'aux varioles confluentes, attendu que les varioles discrètes sont toujours sans danger et ne réclament qu'une médecine négative. MM. Marc, Leroux, Baron, Ferrus, s'élèvent contre cette dernière assertion : M. Marc a vu des varioles discrètes présenter dans leur période d'invasion, des accidens fort graves, et même une fois le malade a succombé : M. Baron cite l'observation d'une jeune fille de 16 ans, chez laquelle la variole était si discrète, qu'il y avait à peine 30 boutons, et qui cependant a succombé le 4e jour à une encéphalite : M. Ferrus fait remarquer qu'une variole, tout en étant discrète, peut présenter de graves complications, etc. M. Bally, sans prétendre donner à sa première proposition une rigueur trop absolue, assure que sur plus de six cents varioles qu'il a traitées cette année à l'hôpital de la Pitié, il n'a perdu aucune de celles qui étaient discrètes.

Anatomie des systèmes circulatoire et nerveux. = MM. H. Cloquet et Serres font un rapport sur un ouvrage manuscrit de M. Guérin de Mamers, intitulé : *Anatomie comparative des appareils circulatoire et nerveux, ou traité des vaisseaux sanguins et des nerfs chez l'homme, d'a-*

près leur mode de distribution et dans l'ordre de leur correspondance. Les rapporteurs louent le plan suivi dans ce traité d'anatomie, dans lequel les vaisseaux et les nerfs sont décrits, non séparément, mais ensemble, et grouppés, non d'après leur origine, mais d'après leur distribution.

Ventouses sur les plaies empoisonnées. — M. Adelon, en son nom et aux noms de MM. Laennec et Orfila, lit un nouveau rapport sur les expériences de M. Barry, relatives à l'application des ventouses sur les plaies empoisonnées (*Voy.* les pag. 231, 288 et suivantes du présent volume). Les commissaires ont d'abord constaté de nouveau ces deux faits : 1° qu'une ventouse appliquée sur une plaie dans laquelle on a déposé un poison, empêche le poison de manifester ses effets pendant tout le temps qu'elle reste appliquée ; 2° que si on n'a appliqué la ventouse que lorsque les effets du poison avaient déja commencé à se montrer, ceux-ci cessent aussitôt. Ils ont ensuite recherché les causes de ces deux effets heureux des ventouses. 1° Relativement au premier, ils pensent que, si la ventouse empêche le poison de manifester aucun de ses effets, c'est parce qu'elle a mis obstacle à l'absorption de ce poison. Ils ont, en effet, expérimenté que la ventouse ne prévient l'empoisonnement qu'autant qu'elle est appliquée sur la plaie même dans laquelle a été déposé le poison ; apposée dans un autre lieu du corps, sur une plaie de même étendue, elle est absolument sans résultats. Quant à la manière dont la ventouse prévient l'absorption du poison ; d'un côté, c'est parce que, par une action physique, elle le retire en partie de la plaie, s'il est volatil ou liquide, comme le ferait la succion ; et de l'autre, parce qu'elle imprime à la circulation capillaire de la partie dans laquelle il a été déposé une direction excentrique qui doit s'opposer à son introduction dans l'économie, comme le prouve l'afflux de sang qui se fait à la surface de la peau soumise à une ventouse. Non-seulement toute absorption est empêchée pendant tout le temps que la ventouse reste appliquée ; mais si elle est restée appliquée un peu de temps ; l'obstacle à l'absorption persiste un peu après son ablation, tout le temps que dure l'afflux du sang vers la surface ventousée : telle dose de poison qui aurait tué un animal en 7 ou 8 minutes, peut rester une heure et plus dans une plaie sur laquelle on a préalablement appliqué une ventouse, et cela, parce que la direction excentrique imprimée à la circulation capillaire de la partie continue encore quelque temps. 2.° Relativement au second effet de la ventouse, savoir, que son application fait cesser presqu'instantanément les accidens qui avaient commencé à se montrer, les commissaires l'attribuent à ce que toute absorption nouvelle de poison est aussitôt empêchée, et qu'ainsi une nouvelle dose de l'agent délétère n'est pas ajoutée à celle qui agissait déjà. M. Barry avait de plus conjecturé qu'une partie de celle-ci était par l'action de la ventouse retirée du torrent de la circulation ; mais les commissaires croyent que si cet effet a lieu, il ne peut être que borné aux points les plus rapprochés de la surface de la plaie, et par conséquent doit avoir peu de part à la cessation si prompte des accidens. Ils s'appuient

sur les propres expressions de M. Barry, qui n'admet ce rappel du poison absorbé qu'autant que ce poison est encore dans la sphère d'action de la ventouse, sphère qui ne peut s'étendre loin au-delà de la surface de la plaie, et qu'il dit ne pas dépasser les premières valvules des veines. Ils se fondent sur ce que plusieurs des animaux sur lesquels ils ont expérimenté, et qu'ils ont rappelés à la vie par la ventouse, sont restés souvent après l'expérience fort long-temps encore sous l'influence du poison; ce qui prouve que celui-ci n'avait pas été retiré en entier des voies de la circulation. Dès-lors, que devient le poison absorbé? et pourquoi cesse-t-il à la fin de produire aucun effet? Les commissaires pensent que c'est, ou parce qu'il est neutralisé dans l'économie par un des nombreux organes d'élaboration placés sur la route des fluides de composition et de décomposition, ce qu'on ne peut que conjecturer; ou parce qu'il est plus ou moins promptement éliminé par quelques-uns des organes dépurateurs du corps. Enfin, les commissaires terminent leur rapport par le récit d'une expérience dans laquelle ils ont appliqué la ventouse à un cas de morsure de vipère, et par une discussion sur la théorie de M. Barry relativement aux causes de la circulation veineuse. 1° Deux lapins ont été mordus à la cuisse par la même vipère irritée, mais à une heure d'intervalle; la ventouse a été appliquée à l'un immédiatement après la piqûre: son application a duré trente-cinq minutes; on l'a retirée alors et l'animal n'a éprouvé aucun accident. L'autre lapin n'a pas été soumis à l'influence de la ventouse, et quoiqu'il fût plus fort que le premier, et qu'il ait été mordu le dernier, il a éprouvé de graves accidens dont il a failli périr, et dont il n'a été guéri qu'après quelques jours. La ventouse a donc eu, dans le premier cas, la même influence que dans les premières expériences, celle d'empêcher l'absorption du venin de la vipère. 2° M. Barry professe, sur la circulation veineuse, l'opinion que c'est la pression atmosphérique extérieure qui en est la cause. Il pense que, lors du mouvement d'inspiration, un vide se fait dans le thorax, et qu'alors le poids de l'air extérieur à la surface du corps, pousse le sang veineux de la circonférence au centre, pour remplir ce vide. Il rappelle l'observation faite déjà par Haller, que, lors de l'inspiration, les veines du col se vident et pâlissent, comme si le sang qui était dans leur intérieur avait été aspiré. Il invoque surtout une expérience qui lui est propre, et que voici: Ayant adapté à la veine jugulaire d'un animal vivant, du côté du cœur, un long tube plusieurs fois recourbé sur lui-même, et qui plongeait par son autre extrémité dans un vase plein d'une liqueur colorée, il a vu que, lors de l'inspiration, la liqueur colorée était aspirée du vase à travers le tube recourbé jusques dans la veine; et, au contraire, lors de l'expiration, rétrogradait vers le vase, ou au moins restait stationnaire dans le tube. Concluant de cette expérience que, lors de l'inspiration, il est exercé sur tout le sang veineux une grande force d'aspiration qui appelle ce fluide dans le cœur; considérant cette force d'aspiration comme la cause principale de la circulation veineuse; M. Barry enfin, croit avoir achevé de démontrer cette théorie par ses expériences sur les ventouses; si une ventouse, dit-il, empêche

toute absorption à la surface sur laquelle elle est appliquée; c'est qu'elle soustrait la principale cause qui porte le sang veineux de la périphérie aux centres; c'est-à-dire la pression atmosphérique. Il semble attribuer l'action d'absorption à cette même cause physique. Les commissaires se prononcent contre toute cette théorie. En premier lieu, le fait incontestable que le sang veineux afflue en plus grande abondance par les veines caves dans le cœur lors de l'inspiration, prouve bien que lors de cette inspiration il est exercé une action d'aspiration sur le sang; mais il ne prouve pas que cette action d'aspiration soit la seule et principale cause de la circulation veineuse. Pour que cela fût, il faudrait que cette action d'aspiration s'étendît jusqu'aux origines du système veineux, et c'est ce qui est contredit par tous les faits connus sur la circulation. Dans des expériences sur les animaux vivans, on voit que cette action d'aspiration n'est réelle que pour le sang des veines les plus rapprochées du cœur; et que s'affaiblissant par degrés, elle est nulle dans les dernières veines. Très-évidemment au moins elle ne s'étend pas aux systèmes capillaires, et cela seul suffit pour prouver qu'elle ne peut constituer qu'une cause très-accessoire dans la circulation veineuse. N'est ce pas en effet dans les systèmes capillaires que s'accomplissent les actions vitales des nutritions, calorifications, secrétions? et par conséquent n'est-ce pas en raison de la mesure dans laquelle ces systèmes exécutent ces diverses fonctions, que ces systèmes doivent fournir au système veineux plus ou moins du sang qui leur est arrivé? Ne sont-ce pas dès-lors ces systèmes capillaires qui régissent en quelque sorte la circulation veineuse qui leur fait suite? Si d'ailleurs cette action d'aspiration était, comme le veut M. Barry, sinon l'unique, au moins la principale cause de la circulation veineuse, comment concevoir cette circulation dans le fœtus qui ne respire pas, et dans les animaux qui respirent par une déglutition d'air et non par une inspiration? Pourquoi la circulation continuerait-elle lors de la suspension de la respiration et dans les asphixies? En second lieu, si le sang afflue avec plus d'abondance par les veines caves dans le cœur, lors de l'inspiration, est-ce, comme le veut M. Barry, parce qu'à raison du vide fait dans le thorax, l'air extérieur n'est plus équilibré? les Commissaires ne le pensent pas. En effet, d'un côté, l'action aspirante du thorax ne s'étend pas jusqu'aux extrémités du système veineux, jusqu'aux systèmes capillaires: d'un autre côté, c'est sur ces systèmes capillaires dont la circulation est en rapport avec les actions vitales des nutritions, des calorifications et des secrétions, que repose le poids de l'atmosphère: comment croire dès-lors que ce poids aille à travers ces systèmes capillaires produire la circulation veineuse, tout en permettant les fonctions organiques dont ces systèmes sont le siége? Si cela était, la circulation ne devrait pas présenter plus de modification que la circonstance physique qui en serait la cause; et dans toute irritation locale, il faudrait supposer une modification, soit dans le vide que l'inspiration fait dans le thorax, soit dans le poids de l'atmosphère

à l'extérieur, ce qui certainement n'est pas. Enfin, les Commissaires font remarquer que comme les expériences des ventouses ne présentent d'action que sur la circulation capillaire, et que selon eux, cette circulation capillaire est distincte de la circulation veineuse; on ne peut rien déduire de ces expériences relativement à la circulation veineuse; et qu'il est particulièrement impossible d'en conclure, avec M. Barry, que la pression extérieure de l'air soit la cause de toute absorption. — La section renvoie la discussion de ce rapport à sa séance prochaine.

SECTION DE CHIRURGIE. — *Séance du 10 Novembre.* — *Hernies crurales.* — MM. Gimelle, Hedelhofer et Lisfranc font un rapport sur une dissertation de M. le docteur Manche, intitulée: *Essai sur la Hernie crurale*, et sur diverses observations de médecine et de chirurgie, dont plusieurs ont trait à cette maladie. M. Manche, en peu de temps, a observé huit cas de hernie crurale chez l'homme, à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Son travail sur cette maladie est divisé en trois sections: la première contient une description anatomique de l'arcade crurale, et les rapporteurs y relatent quelques inexactitudes: dans la seconde sont exposés les symptômes et le mécanisme de la production de la hernie crurale: dans la troisième, M. Manche traite de l'opération qui convient à la hernie crurale étranglée. Ici les rapporteurs blâment le conseil que donne M. Manche, de faire l'incision des parties extérieures, parallèle au pli de l'aîne, au lieu de la faire parallèle au sac herniaire; mais ils approuvent ce qu'il dit du débridement de l'anneau, voulant que ce débridement soit fait, non à la partie supérieure de l'anneau, comme le conseille Gimbernat, non à la partie inférieure de cette même partie interne, comme le veut Scarpa, mais en haut sur le ligament de Fallope, par une ou plusieurs petites incisions. Un des Commissaires a opéré deux fois de cette manière avec succès, et surtout avec une facilité plus grande que dans tout autre procédé. Cette partie du rapport donne lieu à une discussion de laquelle il semble résulter que de tous les modes d'opérer la hernie crurale étranglée, le meilleur est celui dans lequel on divise le ligament de Gimbernat, attendu qu'il n'expose à d'autre risque qu'à la lésion de l'artère obturatrice, dans le cas où cette artère se trouverait immédiatement derrière ce ligament, ce qui est extrêmement rare.

Lithotomie. — M. Larrey présente à la section deux individus auxquels il a fait avec succès l'opération de la taille, et desquels il a retiré des calculs muraux qui étaient adhérens à la membrane muqueuse de la vessie. Il lit ensuite un mémoire qu'il a rédigé sur les observations de ces deux sujets. Le procédé qu'il a employé est l'appareil latéral latéralisé: les deux seuls accidens qu'on ait à craindre dans ce procédé, sont de léser l'intestin rectum et l'artère honteuse interne; mais il est toujours possible à un chirurgien instruit d'éviter ces lésions. On n'a à redouter que l'hémorrhagie de l'artère transverse de périnée, et on la prévient en faisant la ligature dans la partie du tissu cellulaire où elle siége, soit que cette artère donne du sang, soit qu'elle n'en donne pas. M. Larrey

fait de cette ligature un précepte absolu dans l'opération de la taille, et attribue au soin qu'il a de suivre ce précepte les nombreux succès qu'il a obtenus dans la pratique de cette opération.

Rétrécissement de l'urètre. — M. Amussat continue la lecture de son *Mémoire sur les rétrécissemens de l'urètre, et sur les injections forcées dans les cas de rétention d'urine produite par ces retrécissemens.* (*Voyez* séance du 15 septembre, pag. 24, présent volume.) Il fait voir à l'assemblée un instrument nouveau qu'il appelle *urétrotome* : c'est une tige métallique, terminée à l'un des bouts par une portion cylindrique plus volumineuse que la tige même qui la supporte; sur cette portion cylindrique proéminent plusieurs crêtes à bords tranchans, parallèles entre elles et à l'axe de l'instrument; une canule d'argent sert à la fois à conduire l'instrument jusqu'au lieu du retrécissement, et à protéger les parois de la portion de l'urètre qui est en deçà. M. Amussat pense qu'avec cet instrument, conduit avec art dans l'urètre, on peut diviser sur plusieurs points de son bord libre, et même lacérer l'espèce de bride qui forme la coarctation du canal : l'opinion de ce chirurgien est, en effet, que dans le plus grand nombre des retrécissemens de l'urètre, il existe une bride, tantôt complètement circulaire, tantôt incomplète, et qui, dans ce dernier cas, manque bien plus souvent vers la paroi inférieure du canal que vers la paroi supérieure. L'application de cet instrument ne serait cependant, ainsi que la cautérisation, qu'un moyen préparatoire à l'usage des sondes élastiques ou autres corps dilatans.—Plusieurs membres de la section combattent ce que dit M. Amussat, de la lésion anatomique qui produit le retrécissement de l'urètre : M. Emery en a vu de toute autre forme; M. Ribes a trouvé un de ces retrécissemens qui avait 22 lignes de longueur; M. Roux dit que souvent l'urètre présente dans un point de sa longueur une sorte d'étranglement sans valvule extérieure, comme si le canal avait été comprimé extérieurement et circulairement par une ligature. M. Ségalas annonce qu'il a fait dessiner 26 empreintes de rétrécissement de l'urètre sur différens points du canal, et qu'il soumettra ces empreintes à l'examen de la Section. Ce même membre présente à la section un officier, de l'urètre duquel il a extrait 7 calculs à l'aide d'une pince à gaîne, légèrement courbée et échancrée sur un des côtés; 5 de ces calculs sont sortis avec facilité; les deux autres n'ont pu traverser le méat urinaire qu'après avoir été brisés par l'instrument.

SÉANCE DU 24 NOVEMBRE. — *Blénorrhagie* = MM. Cullerier neveu, et Lagneau font un rapport sur un Mémoire de M. Tarbès, médecin à Toulouse, *relatif aux moyens propres à rétablir l'écoulement blénorrhagique lorsqu'il est subitement arrêté.* Le travail de M. Tarbès se compose de 4 observations : dans les trois premières on a rappelé l'écoulement urétral par l'inoculation du pus blénorrhagique, afin de faire cesser, dans un des cas, une ophthalmie, et, dans les deux autres, un engorgement inflammatoire du testicule. La quatrième observation est relative à une inflammation du testicule produite par la même cause, et qui céda

lorsqu'on eût ramené l'écoulement urétral par des injections ammoniacales. — Les rapporteurs pensent que le principal but de M. Tarbès a été de revendiquer l'invention de cette pratique devenue aujourd'hui vulgaire; en effet, le premier essai qu'il en a fait remonte à 1788. Abordant ensuite la question de savoir si, dans la pratique dont il s'agit, on inocule de nouveau la blénorrhagie, ou si l'on rappelle seulement l'écoulement par l'irritation que produit l'introduction d'une bougie, les Commissaires penchent pour cette dernière manière de voir; on réussit en effet aussi bien avec la bougie seule et qu'on agite dans le canal, qu'avec celle qui est chargée du pus blénorrhagique; et on a pu substituer à cette dernière une injection ammoniacale. Ils pensent enfin que dans beaucoup de cas la suppression de la blénorrhagie, loin d'être la cause de la maladie nouvelle qu'on a à combattre, en est un effet, sans que pour cela du reste le rétablissement de cette blénorrhagie cesse d'être l'indication que doive avoir en vue le médecin, d'après la grande loi de la révulsion.

De l'absorption pulmonaire. — MM. Bégin, Ribes et Émery font un rapport sur un Mémoire de M. Piollet, chirurgien, aide-major des hussards de la garde, relatif à *l'absorption pulmonaire*. M. Piollet a d'abord recherché si, dans la submersion, de l'eau pénètre dans les voies aériennes, fait sur lequel les expérimentateurs anciens et modernes sont en dissidence. Au lieu de noyer des animaux dans des liquides colorés, mode d'expérimentation qui fournit bien un moyen de reconnaître si le liquide a pénétré dans le poumon, mais qui ne permet pas d'en apprécier la quantité: au lieu de les noyer dans du mercure, comme l'avait fait Goodwin, M. Piollet les a noyés dans de l'huile, et il a toujours trouvé de 2 à 4 onces de ce liquide dans les voies aériennes des chiens, chats, lapins sur lesquels il a expérimenté. Il y avait toujours un rapport entre la quantité du fluide qui avait pénétré les voies respiratoires et la capacité de l'appareil de la respiration. Pourquoi donc la dissidence des auteurs sur un fait en apparence si facile à constater? Les rapporteurs pensent que de l'eau se trouve ou non dans les poumons des noyés, selon que ces infortunés ont fait, pendant le temps qu'ils étaient plongés dans l'eau, beaucoup ou point d'efforts pour respirer. M. Piollet a ensuite recherché si l'eau introduite dans le poumon des noyés apporte quelque obstacle à leur rétablissement, et il s'est assuré de ce fait en étranglant de la même manière six chiens, mais chez trois desquels il avait fait préalablement une injection de 4 onces d'eau dans les poumons; ces derniers ont cessé de se mouvoir plus promptement que les autres, et aucun d'eux n'a pu être ramené à la vie, tandis qu'on a sauvé deux des premiers. Il s'agissait alors de savoir par quelle voie se dissipe l'eau qui a pénétré dans le poumon des noyés, quand ceux-ci sont rappelés à la vie. M. Piollet s'est assuré que c'est par une action d'absorption. Ayant en effet submergé plusieurs animaux dans une dissolution de prussiate de potasse, il a constaté la présence de ce sel dans les veines pulmonaires, les cavités gauches du

cœur et tout le système artériel aortique. Pour savoir le temps que l'absorption employe à porter le liquide dans les sangs artériel et veineux, il a mis à nu l'artère crurale et la veine jugulaire chez un chien, dans les poumons duquel il avait injecté 4 onces d'une dissolution de prussiate de potasse; et, retirant de minute en minute du sang de l'artère et de la veine, il vit que ce ne fut qu'à la quatrième minute pour l'artère et la septième pour la veine que ce liquide commença à donner des signes de la présence du sel : ayant tué et ouvert l'animal dix minutes après le moment de l'injection, il trouva des traces du sel dans les cavités droites du cœur, mais moins que dans les gauches, dans les ganglions bronchiques, la veine, les reins et jusque dans l'urine. Déjà M. Mayer et M. Fodéra avaient dans de semblables expériences trouvé de pareils résultats : si M. Piollet a reconnu le sel dans le sang plus tôt que le premier expérimentateur, et plus tard que le second, cela tient, dit il, au réactif qu'il a employé, le persulfate de fer qui est plus sensible que le permuriate de fer employé par M. Mayer, mais qui ne l'est pas autant que le persulfate de fer joint à l'acide muriatique qu'a employé M. Fodera : la différence du persulfate de fer à ce dernier est dans la proportion de 1 à 5. M. Mayer a trouvé les traces du sel dans le sang 3 minutes après l'injection, M. Fodéra au bout de 20 secondes chez des lapins, et M. Piollet après 1 minute 10 secondes chez des chiens. Ce dernier a de plus expérimenté que les traces du sel se montrent dans les cavités gauches du cœur, bien avant d'apparaître dans les cavités droites; elles se manifestent dans les premières dès la 70.me seconde après l'injection, et, au contraire, elles se montrent encore à peine dans les secondes au bout de deux minutes; d'où il conclut que l'absorption pulmonaire se fait d'abord par les veines pulmonaires, ensuite, un peu plus tard, par les veines bronchiques; et enfin, en dernier lieu, par les vaisseaux lymphatiques de l'organe. Enfin M. Piollet termine son travail par des expériences qui tendent à prouver que l'absorption pulmonaire s'applique à des gaz, à des vapeurs et à des miasmes, comme à des liquides. Il s'est enfermé la tête dans un air chargé de térébenthine, ou d'alcool, ou de miasmes putrides, tandis que le reste de son corps plongeait dans une atmosphère salubre; et, au bout de quelques minutes, il a, dans le premier cas, reconnu l'odeur de violette dans son urine; dans le deuxième il a éprouvé tous les phénomènes de l'ivresse; et dans le troisième les gaz intestinaux et les matières fécales ont exhalé une odeur cadavérique très-prononcée.

Maladies du cœur. — M. Larrey présente à la section deux individus affectés de maladies du cœur. Le premier est atteint d'une atrophie du cœur avec adhérence présumée de cet organe au péricarde; il y a diminution notable des pulsations des artères radiales et cubitales, affaissement de la paroi thoracique du côté gauche, le mamelon du sein de ce côté étant 15 à 16 lignes plus bas environ que celui du côté opposé. Cet état est la suite d'une blessure faite au péricarde et dont le malade a guéri. Le second individu est en voie de guérison d'un anévrysme passif

blin. La combinaison s'opère, à l'ordinaire dans l'eau bouillante; on concentre à 25 degrés du pèse-sel de Baumé, on filtre, on laisse crystalliser, et on a l'émétique assez pur pour qu'il n'ait pas besoin de subir de nouvelles crystallisations. On sature les eaux-mères de l'acide qu'elles ont en excès, par de la craie; et à l'aide du muriate de potasse, on obtient l'émétique en crystaux prismatiques à six pans.

Mines de fer. — M. Caventou lit un *Mémoire sur la nature chimique et minéralogique de plusieurs échantillons de mines de fer*. Ce Mémoire ne contient aucun fait relatif à la nature des sujets qui appartiennent à notre recueil. Il en est de même d'une analyse des cendres de l'Etna, faite par M. Vauquelin, et dont ce savant chimiste entretient la section.

Arsenic. — M. Guibourt lit une note sur l'arsenic, son oxyde et ses sulfures. La pesanteur spécifique de *l'arsenic métallique* est, selon M. Guibourt, non de 8,308 comme l'a dit Bergmann, mais de 5,789; celle de l'*oxyde transparent* est de 3',7386, et celle de l'*oxyde blanc* devenu opaque par le contact de l'air de 3,695. L'*oxyde transparent*, soluble à 15° dans 103 parties d'eau, se dissout dans 91, 32 d'eau bouillante; celle-ci, refroidie à 15, contient une partie d'arsenic sur 55 d'eau; cette solution ne rougit pas sensiblement le papier de tournesol. L'*oxyde blanc opaque* est soluble dans 80 parties d'eau, à 15° et dans 7,72 d'eau bouillante; en se refroidissant à 15°, cette solution tient une partie d'arsenic sur 35, 5 d'eau: elle rend bleu le papier rouge de tournesol. Le *sulfure d'arsenic naturel*, dit *réalgar*, contient, selon MM. Laugier et Berzelius, 0, 30 de soufre; et celui dit *orpiment*, 0,39: mais ni l'un ni l'autre ne sont vénéneux. Il n'en est pas de même de l'*arsenic jaune*, *orpiment factice*; formé de 94 parties d'oxyde d'arsenic et de 4 de sulfure d'arsenic, c'est un violent poison. L'*arsenic rouge artificiel* contient de 0,41 à 0,44 de soufre, et est aussi vénéneux; l'eau en extrait environ 0, 015 d'oxyde d'arsenic. A l'occasion de cette note, M. Caventou rappelle que M. Braconnot ayant recommandé l'emploi des sulfures d'arsenic pour la teinture en jaune, il a vu qu'en passant les objets teints avec un acide, il n'existait plus aucun danger. M. Virey cite à l'appui de cette assertion, que les jouets d'enfans sont souvent colorés en jaune par l'orpiment; et il ajoute que les expériences tentées sur les chiens relativement au degré de nocuité de ce sulfure ne sont pas complètement satisfaisantes, attendu que les chiens comme les loups supportent une dose d'arsenic bien plus forte que ne le fait l'homme.

Notice Nécrologique sur M. ROYER-COLLARD, *professeur à la Faculté de Médecine.*

Une mort aussi prompte qu'inattendue est venue frapper, au sein de la Faculté de médecine, un de ses membres les plus honorables.

M. Royer-Collard, professeur de la Faculté, médecin ordinaire du Roi par quartier, médecin en chef de la maison des aliénés de Charenton, membre titulaire de l'Académie de Médecine, etc., etc, a été enlevé le 27 novembre dernier, à ses travaux, à sa famille, à ses nombreux amis.

Il était né en 1768; âgé déjà de 27 ans, il était marié et père de deux enfans, lorsqu'il vint à Paris commencer ses études médicales. Il fut reçu docteur en 1802, et la thèse qu'il soutint alors sur l'*aménorrhée* fut une des meilleures de ce temps, où il y en avait beaucoup de bonnes.

A cette époque, il fonda l'Athénée de médecine, dont il est mort président d'honneur, et publia la Bibliothèque médicale, journal qui eut alors beaucoup de succès, et où il inséra lui-même un grand nombre d'excellens articles.

Il fut nommé, en 1806, médecin en chef de la maison royale de Charenton. Dès-lors l'étude de l'aliénation mentale devint sa principale occupation. Vingt années d'une pratique active et consciencieuse ont été consacrées à observer cette affection sous toutes ses formes, à méditer sur ses causes, à épuiser contre elle toutes les ressources de l'art le plus convenablement dirigé.

M. Royer-Collard fut appelé, en 1808, aux fonctions d'inspecteur-général de l'Université près les Facultés de médecine; il remplit ces fonctions pendant 14 ans avec zèle et intégrité; un grand nombre d'améliorations importantes furent dues à ses sollicitations; et si les positions où il se trouva lui méritèrent quelques ennemis: «C'est, comme il le disait lui-même, parce qu'on s'en fait toujours quand on remplit son devoir avec impartialité.» En 1810, nommé membre de la commission qui devait examiner les ouvrages envoyés au concours sur le croup, il fut choisi pour secrétaire de cette commission, et rédigea en cette qualité le rapport que tout les monde connaît, et qui fut lui-même un véritable ouvrage; car il ne se borna point à représenter les opinions soumises à son examen, mais il recommença, pour ainsi dire, le travail des différens auteurs, il l'étendit et le perfectionna; et, réunissant habilement tout ce que pouvaient lui fournir de lumières et la maladie elle-même, et les ouvrages qu'il analysait, il parvint à offrir, dans un court espace, toutes les connaissances les plus solides et les plus précises sur le croup et son rapport restera comme un modèle de critique médicale, comme un ouvrage digne des plus grands éloges.

M. Royer-Collard fut nommé en 1816, par le suffrage unanime des professeurs de la Faculté de Paris; à la chaire de médecine légale, et en 1819, il fut désigné par le Gouvernement pour professer la médecine mentale dans cette Faculté. Persuadé qu'il faut connaître les sources de la raison pour bien assigner l'origine et le siége de la folie, et que l'étude de l'intelligence doit marcher de front avec celle des organes qui en sont les instrumens, il crut devoir ouvrir son cours par quelques considérations psychologiques sur les rapports du physique et du moral. Il commençait l'exposition de sa doctrine, et déjà le haut intérêt qu'il savait

répandre sur une matière aussi délicate, promettait une suite de leçons de la plus grande importance, lorsqu'une maladie subite le força d'interrompre ce cours, qui fut bientôt supprimé par suite de la nouvelle organisation de la Faculté, et dès-lors à M. Royer-Collard fut rendue la chaire de médecine légale qu'il avait primitivement occupée.

Ce fut avec une profonde douleur qu'il vit arriver la chute de cette Faculté. Habitué qu'il était à s'y retrouver comme dans une seconde famille, entouré de l'affection et de la profonde estime de collègues qui lui étaient chers : il ne s'en consola jamais, et l'on peut dire que dès ce moment sa santé fut notablement altérée. Alors aussi d'autres dégoûts vinrent se joindre à celui-là. Obligé de se démettre de la place d'inspecteur-général de l'Université, on lui retira encore celle de médecin en chef de l'école d'Alfort. Il avait espéré que sa vie s'achèverait dans l'étude et dans l'enseignement de la médecine mentale qui l'aurait dès-lors exclusivement occupé, et il lui fallut renoncer à cette espérance. Enfin, ses derniers temps furent employés à se débattre contre les projets d'envahissement des Charitains, et, au milieu de tant d'inquiétudes et de déplaisir, en proie plusieurs fois à de violens accès de goutte et à de fréquentes affections de poitrine, il allait dépérissant chaque jour, triste et abattu jusqu'à ce qu'enfin il fut attaqué de la dernière maladie à laquelle il succomba, à l'âge de 57 ans.

Il fut du petit nombre d'hommes qui aiment mieux faire le bien que de paraître le faire. Inconnu ou mal apprécié du plus grand nombre, on sait à peine quels services il a rendus à la science et à la société. La maison de Charenton, aujourd'hui florissante et célèbre dans toute l'Europe, lui doit tout l'éclat dont elle jouit, et l'on a peine à concevoir quelle confiance, quelle force de caractère il lui a fallu déployer pour la tirer de l'état d'avilissement où il l'avait trouvée, combien pour triompher de tant d'obstacles, il dût être animé du zèle de l'humanité et du courage de l'homme de bien. Personne n'a contribué plus que lui à jeter les premiers fondemens de l'Académie de médecine, et s'il ne prit pas toujours une part active à ses travaux, c'est qu'il n'attendait rien que d'imparfait d'une société dont l'organisation lui paraissait essentiellement vicieuse. Enfin, la Faculté de médecine a pu apprécier plus d'une fois la sagesse de ses vues, la gravité de ses conseils, l'admirable rectitude de son jugement, sa haute capacité pour les fonctions administratives. Partout où il se trouva il fut le maître naturellement et sans effort par la seule force de sa raison. Doué d'un esprit supérieur, il fut en même temps un des meilleurs écrivains qui aient honoré la science médicale; il eût pu, comme tant d'autres, composer de nombreux ouvrages et acquérir une de ces réputations classiques qu'on achète à si peu de frais; mais il dédaigna cette vaine gloire, et sa sévérité, trop grande peut-être, s'appliquait à lui-même bien plus qu'aux autres. Honnête homme par-dessus tout, son intégrité fut à toute épreuve, sa droiture inaltérable.

Sans autre fortune que celle qu'il se procurait par ses travaux, il n'a

guères laissé à sa famille que son nom et le souvenir de ses exemples.

Il reste de lui un grand nombre de notes et d'observations du plus grand intérêt sur l'aliénation mentale. Un essai de psychologie, servant de préparation à l'étude de cette maladie, et un cours de médecine légale, recommencé à trois reprises différentes et dont quelques parties sont traitées avec un talent très-distingué.

—M. Esquirol est nommé médecin en chef de la maison d'aliénés de Charenton, en remplacement de M. Royer-Collard. C'est une récompense justement méritée par trente années de soins prodigués aux aliénés, par des travaux nombreux qui ont valu à leur auteur une réputation européenne, par des leçons cliniques faites pour la première fois sur les maladies mentales. Les droits de M. Esquirol étaient hors de ligne, et pourtant vingt candidats lui disputaient la place; la plupart n'ayant peut-être jamais traité un cas de folie! Les trois candidats présentés au ministre par la commission de surveillance de Charenton étaient: MM. Esquirol, Guéneau de Mussy et Blenny.

Prix proposé par le Cercle médical de Paris.

Le Cercle Médical de Paris décernera dans le courant du dernier trimestre de l'année 1826 et du premier trimestre 1827, deux prix qui consisteront chacun en une médaille d'or de 300 fr., sur les deux questions suivantes:

« 1.re Indiquer les symptômes et les caractères anatomiques de l'in-
» flammation des vaisseaux sanguins et de la membrane interne du
» cœur. »

» 2.e Tracer l'histoire clinique et anatomique des tumeurs blanches
» des articulations; déterminer la nature des maladies ainsi désignées,
» leurs causes et leur traitement. »

Les Mémoires écrits en latin ou en français devront être remis avec un billet cacheté contenant le nom de l'auteur, à M. le D.r Gendrin, secrétaire-général du Cercle Médical, rue Meslay, n.° 15, avant le 1.er octobre 1826, pour la première question, et avant le 1.er décembre 1826, pour la seconde. — Les membres résidents du Cercle Médical sont seuls exclus du concours.

Prix proposé pour 1826, par la Société de Médecine de Caen.

La Société de Médecine de Caen propose, pour sujet du prix qu'elle décernera en 1826, et qui consistera en une médaille d'or de 150 francs, les questions suivantes:

« La miliaire est-elle une maladie essentielle, *sui generis*, ou bien
» n'est-elle que le résultat d'une irritation viscérale, ou de tout autre
» état pathologique?

» Quelles sont les principales maladies dont elle peut être le symptôme, » la complication ou la crise, et quelles modifications peut-elle leur » leur imprimer ou en recevoir ?

» Les saisons, les climats, les localités et même les méthodes thérapeutiques peuvent-elles influer sur son développement ou sa gravité?

» Tracer d'après ces considérations la marche de la miliaire, et le » meilleur traitement curatif et prophylactique. »

La solution de ces questions devra être appuyée sur des observations cliniques et des recherches d'anatomie pathologique.

Les Mémoires, écrits lisiblement, seront adressés francs de port, avec les formes ordinaires des concours, à M. Lafosse fils, secrétaire de la Société, avant le 1.er octobre 1826.

Les Membres résidens sont seuls exclus du concours.

La Société avait mis l'année dernière au concours la question suivante : « Distinguer les signes de la maladie appelée fièvre cérébrale chez » les enfans, de ceux que détermine la présence des vers dans les voies digestives ; établir comparativement le diagnostic de ces deux cas. »

Elle a couronné dans sa séance publique du 19 juillet, le Mémoire envoyé par M. Gintrac, médecin à Bordeaux. Nous parlerons dans le prochain numéro de cette Séance et du Mémoire qui a remporté le prix.

BIBLIOGRAPHIE.

Dictionnaire de Médecine, en dix-huit volumes; par MM. ADELON, BÉCLARD, BIETT, BRESCHET, CHOMEL, H. CLOQUET, J. CLOQUET, COUTANCEAU, DESORMEAUX, FERRUS, GEORGET, GUERSENT, LAGNEAU, LANDRÉ-BEAUVAIS, MARC, MARJOLIN, MURAT, ORFILA, PELLETIER, RAIGE-DELORME, RAYER, RICHARD, ROCHOUX, ROSTAN, ROUX *et* RULLIER; *tome treizième*, LANC-MARU.

Cet important ouvrage est parvenu aux deux tiers de son étendue; si le 13.e volume a tardé un peu à paraître, on dit que le 14.e est sur le point d'être publié, et que, probablement, l'année prête à commencer verra s'achever un Dictionnaire qui, par la bonne distribution des matières, par la manière dont chaque article est rédigé et par la juste dimension de la plupart, présente tout ce qu'il est important de savoir sur chaque point de la science, et se montre dépouillé de cette fatigante érudition dont il est si facile de faire parade.

La chirurgie occupe la plus grande place dans ce volume; c'est à elle qu'appartiennent les principaux articles qu'il renferme, et qui sont dus à MM. Marjolin et Murat. Le premier qui, en outre, depuis la mort de

M. Béclard, s'est chargé de l'anatomie descriptive, et a donné les mots *langue*, *larynx*, *ligament* et *mamelle*, a traité, avec son talent accoutumé, les articles *ligature*, *loupe* et *luxation*. Analyser ces articles où se trouve la plus saine doctrine chirurgicale, nous serait dépasser de beaucoup les bornes qui nous sont prescrites : chacun d'eux est un résumé clair, exact et précis de tout ce qu'on a fait jusqu'à ce jour. M. Murat, en faisant l'histoire de la lithotomie, a rempli une tâche plus pénible encore peut-être à cause des innombrables recherches qu'elle a dû lui coûter, et qu'il eût été difficile de rassembler dans un cadre plus étroit, bien que cet article occupe 140 pages y compris celui où il est question du *lithotome*. Toutes les méthodes opératoires y sont décrites et appréciées ; les accidens consécutifs à l'opération et les moyens qu'on peut leur oppo er, y sont indiqués avec les détails suffisans, mais sans surabondance.

M. Adelon, en traitant du *langage*, de la *locomotion*, des fonctions du système *lymphatique*, et en faisant l'histoire physiologique de la *main*, a suivi sa marche ordinaire, il a exposé les opinions de tous les physiologistes sur les points qu'il a examinés ; mais on regrett·, dans ces articles comme dans son grand ouvrage, de trouver trop rarement ses expériences et son jugement personnel. Celui d'un observateur aussi éclairé serait pourtant d'un grand prix aux yeux des lecteurs.

M. Rullier n'a donné qu'un seul article qui se rattache à la physiologie, à l'hygiène et à l'histoire naturelle de l'homme, c'est l'article *longévité*, dans lequel il démontre que l'art de prolonger la vie humaine n'existe pas, puisque, comme toutes choses, elle a son terme qu'elle ne saurait dépasser, que tout le problème consiste à garantir l'homme de l'action des causes capables d'abréger son existence. En effet la vie humaine n'a pas été prolongée chez celui qui a atteint et dépassé l'âge de cent ans, elle a seulement été garantie de tout ce qui aurait pu en trancher prématurément le fil.

Nous ne nous arrêterons d'autant moins sur l'article *liberté morale*, de M. Georget, que les lecteurs des Archives ont pu déjà en apprécier le mérite dans un Mémoire inséré tout récemment dans ce Journal, et dont l'article en question présente la substance. Il en sera de même des considérations médico-légales sur le *mariage*, par M. Raige-Delorme ; ce médecin a su éviter la diffusion et le ton déclamatoire de quelques auteurs qui ont traité le même sujet dans des ouvrages analogues, et réunir en peu de pages tout ce qui est du domaine de la médecine légale, domaine déjà assez étendu sans qu'il soit nécessaire de faire des excursions dans ceux de la législation et de la jurisprudence.

C'est sans doute une grande témérité que d'émettre en hygiène publique et particulière, une opinion contraire à celle de M. Marc ; nous le ferons cependant ici, ne fût-ce que pour rappeler un instant l'attention de cet estimable auteur sur un point important d'où dépend l'assainissement complet d'une profession insalubre et dangereuse, en même

temps que celui des habitations particulières. Dans son article *latrine*, M. Marc donne de justes éloges aux fosses pourvues d'un appareil d'appel bien construit, et nous pensons comme lui que ce système doit être appliqué à toutes les fosses actuellement existantes : mais il nous semble aussi que les fosses mobiles et inodores n'ont pas été appréciées par lui à leur juste valeur, et que ce sont celles-là que l'autorité devrait rendre obligatoires dans toutes les constructions modernes, et dans les anciens bâtimens, à mesure que les fosses ordinaires auraient besoin d'être faites.

Dans tout l'ouvrage, au moins jusqu'ici, il n'y a probablement pas un article aussi singulier, ni qui doive exciter plus de curiosité que celui consacré par M. Rostan, au *magnétisme animal*. Ce phénomène physiologique, après avoir été l'objet d'un enthousiasme presque fanatique, avait été relégué parmi les contes de bonne femme et abandonné au charlatanisme qui en faisait son profit. Le travail de M. Rostan prouve que des hommes très éclairés, et qu'on ne saurait accuser de crédulité, peuvent s'occuper du magnétisme; que le magnétisme animal, considéré comme fait, existe; qu'il s'agit à présent de le bien observer dans toute ses nuances avant d'en tirer aucune induction. Cette marche qu'on aurait dû suivre plutôt, en ce point comme en tant d'autres, est la seule qui puisse conduire à une appréciation exacte des phénomènes magnétiques, et peut-être à des applications thérapeutiques. On conçoit qu'un homme du caractère de M. Rostan ne pouvait pas écrire des choses aussi difficiles à croire autrement que *de visu*; il a vu plusieurs fois; MM. Esquirol, Ferrus, Georget, ont également vu; des faits vraiment extraordinaires ont été observés par le docteur Bertrand et constatés par le professeur Fouquier; j'ai moi même connaissance de circonstances tellement éloignées des lois communes que j'ose à peine, malgré toutes les précautions prises pour me garantir de l'illusion, croire que je ne m'en suis pas laissé imposer. En attendant les recherches auxquelles va certainement donner lieu l'intention exprimée par l'Académie royale de Médecine, la dissertation de M. Rostan suffira pour donner une idée des phénomènes magnétiques, des lois qui paraissent les régir, des moyens propres à les susciter, des avantages qu'on en peut attendre et des accidens qu'on doit en redouter. On peut juger de l'esprit dans lequel est composé cet article, par le passage suivant : « Nous nous proposons de dire ce que nous croyons être la vérité, c'est-à-dire, ce que nous ont appris nos sens, ce que nous avons vu et entendu ; nous ne prétendons imposer notre croyance à qui que ce soit. Nous n'exigeons pas qu'on nous croie, ce que nous allons écrire est trop singulier, trop inouï; mais nous désirons qu'on examine. Que celui qui voudra nier descende dans sa conscience et se demande s'il a répété les expériences, s'il les a faites assez nombreuses, avec assez de soin, dans le véritable dessein de s'instruire. S'il se trouve dans ces conditions, il est en droit de juger. Jusque là, qu'il s'en abstienne; il n'est pas compétent. Je ne dicte pas mon opinion, j'en appelle aux sens, et à la bonne foi des lecteurs.

Voyez par vous même. vous ne pourrez croire que lorsque vous aurez vu. » On ne saurait trouver une manière plus judicieuse et plus philosophique de procéder dans les recherches.

Rentrons dans le domaine du positif en nous occupant de l'article *lésions organiques*, de M. Rochoux, qui, cependant, n'est pas toujours exact lorsqu'il admet, par exemple, des *lésions vitales* parmi lesquelles il range la plupart des aliénations mentales, les fièvres essentielles, les typhus et les névroses ; mais cette doctrine est à peine émise qu'il la renverse presque entièrement lui même en disant que, chaque jour, des lésions organiques sont découvertes dans des maladies attribuées, jusque là à des lésions vitales. Nous ne pouvons donner ici la classification des lésions organiques, qui différant assez peu de celles qu'on connaît est aussi rationnelle que peut l'être celle d'une science dans laquelle des faits nouveaux se présentent chaque jour.

M. Chomel, en s'occupant de la *langue*, sous le rapport de la séméiotique, s'attache principalement à combattre l'opinion de ceux qui considèrent cet organe comme présentant l'indice de l'état de l'estomac ; car telle est cette opinion, et l'on ne s'est pas borné simplement à dire que la rougeur de la langue est le signe de l'inflammation de l'estomac. Il s'appuie sur une thèse soutenue à la Faculté, thèse qu'il ne serait peut-être pas impossible de réfuter, et qui remettrait sur le tapis une question que M. Chomel regarde comme irrévocablement jugée. En parlant de la paralysie de la langue, l'auteur a omis d'indiquer celle qui en affecte la totalité ; et qu'on donne comme le signe d'un épanchement dans le cervelet. Mais il a décrit une affection particulière de la membrane muqueuse buccale, affection qui se manifeste dans les derniers temps des maladies aiguës, et qu'il présente comme un signe fâcheux. Quant aux indications thérapeutiques fournies par l'état de la langue, la sécheresse de cet organe ne paraît plus, à M. Chomel, exiger l'emploi des toniques, il lui semble seulement qu'ils ne sont pas *essentiellement contre-indiqués*. Nous ne parlerons pas des articles *Maladies* et *Marche* des maladies du même auteur, qui a reproduit les idées émises dans ses *élémens de pathologie générale*.

M. Rayer a su donner à ses articles sur les maladies de la peau, lencé, lèpre ; léontiasis, une couleur de nouveauté, par la clarté qu'il a apportée dans l'étude de ces affections, sur lesquelles on a écrit jusqu'à présent d'une manière vague et peu en rapport avec les principes généraux de la pathologie. En examinant leurs causes, en analysant leurs symptômes, en observant les effets des diverses méthodes de traitement, il les a fait rentrer dans le cadre nosologique d'où on les avait, en quelque sorte, extraites pour en faire des affections à part. Il considère la lèpre comme une phlegmasie chronique de la peau présentant des caractères particuliers dont il donne la description faite d'après nature ; car on a fréquemment l'occasion de l'observer dans notre pays, quoique les auteurs répètent sur la foi les uns des autres, qu'elle est propre et ne se rencontre que

par M. Louis, l'aorte était presque toujours rouge, non pas, dit-il, par imbibition ni par cause inflammatoire. Il ne se prononce pas sur la nature de cette rougeur qu'il n'ose pas appeler inflammatoire. Les différentes parties de l'appareil digestif deviennent le siége pendant la phthisie d'altérations importantes à connaître. Le pharynx et l'œsophage sont presque toujours dans l'état naturel. Le déplacement et l'augmentation du volume de l'estomac sont pour ainsi dire propres aux phthisiques. La membrane muqueuse gastrique était amincie, ramollie et décolorée chez un grand nombre de phthisiques, mais il est probable, dit l'auteur, que l'amincissement et le ramollissement est un des résultats de l'inflammation, car cette lésion faisait toujours suite à une partie manifestement enflammée. Ce ramollissement a été observé plus fréquemment chez la femme que chez l'homme. Lorsqu'il y avait inflammation avec épaississement, le foie était presque toujours plus volumineux; en sorte qu'il est presqu'impossible de ne pas admettre, suivant M. Louis, que le foie ait une certaine influence sur l'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac. Cette influence se développe dans les derniers jours de la phthisie. Nous ne savons jusqu'à quel point cette assertion peut être vraie. Les limites de cette analyse ne nous permettent pas d'en examiner ici le fondement et la vraisemblance. D'après les calculs comparatifs de M. Louis, la phthisie, plus que toute autre maladie chronique, paraît disposer les individus aux inflammations de la membrane muqueuse de l'estomac. Le plus souvent le duodénum n'offre rien de remarquable, mais c'est à la fin de l'intestin grêle et dans le gros intestin que se rencontrent des ulcérations plus ou moins larges et profondes. Chez les phthisiques, on trouve dans l'intestin grêle le ramollissement de la membrane muqueuse, des ulcères aux dépens des follicules, des granulations tuberculeuses, et consécutivement à leur développement, l'inflammation et ses résultats ordinaires; dans le gros intestin ramollissement avec rougeur inflammatoire environnante, granulations tuberculeuses, ulcérations consécutives à leur ramollissement. Nous remarquerons que les ulcérations qui, suivant M. Louis, résultent presque toujours du ramollissement des granulations, arrivent aussi quelquefois dans le cas dont il s'agit, par d'autres causes; par exemple, les glandes mucipares, les plaques folliculaires se tuméfient, s'enflamment et s'ulcèrent sans être incrustées de matières tuberculeuses, il arrive une époque où ces ulcères, en raison de leur largeur, n'offrent plus les traces de leur mode primitif de développement. C'est en effet ce qu'a parfaitement noté M. Louis; mais leur situation, leur forme, leur aspect, le voisinage d'ulcérations commençantes portent à croire qu'elles sont le résultat de la désorganisation des glandes mucipares. C'est un point sur lequel M. Billard a insisté dans son ouvrage. De simples excoriations peuvent également se développer, s'étendre, et devenir de vastes ulcères chez les phthisiques. N'est-ce pas ce qui existait chez les individus sur les intestins desquels M. Louis dit avoir observé » des ulcérations alongées, de sorte que l'intestin avait l'aspect d'une main couverte de crevasses. » Les glandes

lymphatiques du mésentère sont presque toujours tuberculeuses ; mais d'après les calculs de l'auteur, l'inflammation de la membrane muqueuse n'est ni la cause unique ni la condition la plus importante de cette transformation. L'état graisseux du foie se rencontre si fréquemment, qu'il est en quelque sorte propre à la phthisie ; cette lésion est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. La rate a quelquefois offert des traces d'inflammations tuberculeuses ; on en a également trouvé dans les reins, la prostate et les vésicules séminales. Des traces d'inflammation récente ont été observées au péritoine chez quelques sujets ; cette membrane était rarement le siége de granulations miliaires. Le cerveau a souvent offert des épanchemens peu abondants dans les ventricules, quelquefois un ramollissement général ou des ramollissemens locaux. M. Louis regarde les glandes dites de Pacchioni comme une production accidentelle, et non comme des glandes proprement dites. L'exposition de ces faits se termine par un résumé qui renferme ces conclusions : 1.° Les lésions propres à la phthisie sont les adhérences des poumons, les ulcères des voies aériennes et digestives, la dégénérescence graisseuse du foie et la transformation tuberculeuse dans quelque organe qu'elle se montre. 2.° Les lésions qui se présentent le moins fréquemment chez les phthisiques sont la péripneumonie, la pleurésie aiguë, le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins, la péritonite, l'arachnitis et le ramollissement du cerveau.

La seconde partie renferme l'exposé des symptômes de la phthisie et de ses complications. L'auteur assigne deux époques à la phthisie. C'est dans la première que se développent les granulations et que se forment les tubercules. La toux, des douleurs, des crachats non purulens se font remarquer dans cette période.

Dans la seconde époque, les crachats sont verdâtres, la toux est incommode, l'hémoptysie est fréquente, la dyspnée fait des progrès et la pectoriloquie est plus ou moins intense ; la fièvre, la maigreur, le marasme conduisent, après une durée très-variable de l'une et l'autre période, le malade à la mort. En général, la fréquence et la force de la toux sont proportionnées à la marche plus ou moins rapide de la maladie ; les crachats offrent des variétés d'aspect qu'il serait trop long d'énumérer ici et que l'auteur a soigneusement notées. L'hémoptysie existe très-souvent dans la phthisie. M. Louis l'a observée 57 fois sur 87 cas. Il avance ensuite d'une manière trop générale peut-être qu'une forte hémoptysie indique très-probablement l'existence de tubercules dans les poumons ; mais on observe non très-rarement, chez les femmes surtout, des hémoptysies supplémentaires sans qu'il existe de tubercules dans leurs poumons. La dyspnée n'est pas le symptôme le mieux tranché, le plus incommode. Beaucoup de phthisiques n'ont pas accusé de douleur. Chez ceux qui en avaient éprouvé pendant la vie, les douleurs étaient en rapport avec les adhérences des poumons aux plèvres. Rien n'est plus variable que le début de la fièvre ; mais, chez les malades observés par M. Louis, elle a été constante et accompagnée de frissons qui revenaient

par intervalles. La diarrhée était si ordinaire qu'elle semblait devoir être considérée comme un symptôme de la maladie. Elle était toujours en rapport avec les altérations des voies digestives. L'amaigrissement coïncidait avec le dévoiement. La figure n'avait point d'expression particulière. Un chapitre est consacré au diagnostic. Difficile dans la première période, il est cependant éclairé par l'auscultation et la percussion. Il devient plus facile dans la seconde lorsque des évacuations succèdent au ramollissement des tubercules. M. Louis consacre plusieurs pages à l'examen des symptômes de la péripneumonie, de la pleurésie, des altérations du larynx, de celles de l'appareil gastro-intestinal et des affections du cerveau. Il décrit sous le nom de variétés de la phthisie, relativement à sa marche, 1° la phthisie latente. L'auteur ne peut expliquer les causes qui masquent quelquefois l'existence et le ramollissement des tubercules, 2° la phthisie aiguë; l'auteur rapporte plusieurs observations intéressantes de phthisie qui a commencé et s'est terminée en très-peu de temps. Un autre chapitre est consacré aux symptômes de la perforation du poumon, altération signalée déjà par M. Laennec (1). M. Louis parle enfin de la mort subite survenue dans le cours de la phthisie; il passe en revue les causes de cette maladie parmi lesquelles l'hérédité paraît tenir le premier rang. Il fait remarquer aussi l'influence de l'âge: le nombre des individus morts phthisiques est plus considérable de 20 à 40 ans que de 40 à 60. Ce fait avait été déjà constaté par Bayle. Le traitement que l'auteur dit avoir été prescrit aux malades sur lesquels il a recueilli ses observations a varié suivant les complications de la maladie; aucun remède n'a été prescrit dans le but d'arrêter ou de ralentir le développement des tubercules, triste témoignage de l'insuffisance de nos moyens curatifs contre cette funeste maladie. Enfin, M. Louis discute la question relative à la nature de la maladie. Il conclut, des faits exposés et des raisonnemens qu'ils lui suggèrent, que la production des tubercules n'est point un résultat de l'inflammation. Mais, il faut l'avouer, l'auteur n'a pas réfuté tous les raisonnemens sur lesquels s'appuie l'opinion opposée, raisonnemens fournis également par l'interprétation plus ou moins rigoureuse des faits.

L'ouvrage de M. Louis est le résultat d'une observation attentive, exacte et minutieuse des altérations qui se développent dans les diverses parties du corps sous l'influence de la phthisie pulmonaire, des symptômes qui s'y rattachent, des rapports et des différences que ces lésions ont entre elles, de l'influence de leur marche et de leur intensité sur celle de la transformation tuberculeuse des poumons et de l'influence ré-

(1) M. Davy a consigné dans les *Transactions philosophiques* de la Société royale de Londres, pour 1824, des recherches fort intéressantes sur la nature des gaz qui, dans ce cas, s'introduisent dans la cavité thoracique, et donnent lieu à l'emphysème. *Voyez* Arch. Gén. de Méd., tom. VIII, p. 456.

ciproque des tubercules pulmonaires sur la transformation tuberculeuse que subissent en même temps d'autres organes. Cet ouvrage servira utilement à l'histoire de la phthisie et des autres altérations organiques. Il serait à désirer qu'un semblable travail fût exécuté pour toutes les maladies: C'est alors seulement qu'on pourra fonder une théorie complète en médecine. (Raige-Delorme.)

Manuel d'anatomie descriptive du corps humain, représentée en planches lithographiées; par Jules Cloquet, *chirurgien-adjoint à l'hôpital Saint-Louis, etc., etc. Première et deuxième livraisons.*

L'utilité de l'anatomie est trop généralement reconnue, pour qu'il soit nécessaire de rappeler ici toute l'importance d'une science dont la connaissance est aussi indispensable aux praticiens qu'aux élèves qui se livrent à l'étude de la médecine. On ne peut donc accueillir qu'avec empressement un ouvrage qui a pour but d'aplanir les difficultés que présente l'étude de cette science, difficultés qui résultent autant de la disposition variée et de la texture complexe des parties qui composent le corps de l'homme, que des occasions souvent difficiles de pouvoir consulter la nature elle-même. Le Manuel d'anatomie que publie aujourd'hui M. Jules Cloquet doit renfermer à la fois un Traité complet d'anatomie descriptive et une collection de planches qui offrent la représentation exacte de tous les organes du corps humain. Cet ouvrage remplit un double but; car les élèves, ne pouvant se livrer aux dissections que pendant une partie de l'année, y trouveront tout à la fois le tableau fidèle des objets dont une simple lecture ne rappelle souvent qu'un souvenir confus, et celui d'une infinité de parties fines et délicates en anatomie, tels que les vaisseaux lymphatiques, les organes du fœtus aux diverses périodes de la gestation, certaines parties des organes des sens, etc., qu'ils n'ont jamais ou bien rarement l'occasion de préparer. Dans la première livraison, l'auteur expose d'abord des considérations générales sur les différens tissus de l'économie animale; il trace succinctement les caractères anatomiques de chacun d'eux, indique comment ils forment à eux seuls ou combinés entre eux les divers organes, comment ceux-ci, rassemblés en groupes distincts, constituent les appareils qui concourent à l'exécution des fonctions de relation, de nutrition et de reproduction. C'est en suivant cet ordre physiologique, que l'Auteur est conduit à étudier d'abord l'ostéologie; cette première partie de l'anatomie est précédée de généralités sur les os, le squelette et les articulations; et passant ensuite à l'examen de la tête en particulier, il décrit successivement les différens os qui composent cette portion du tronc. A chacune des descriptions est jointe une ou plusieurs figures de la partie décrite, et dans les *six* planches que renferme cette livraison, on retrouve tous les objets représentés avec une exactitude et une perfection de dessin vraiment remarquables. C'est ainsi que plusieurs planches offrent des détails qui ne peuvent que faciliter beaucoup et diriger même dans l'étude de certaines

parties prises sur le cadavre, l'ethmoïde, par exemple, dans lequel l'auteur démontre, de la manière la plus claire, par des coupes multipliées des particularités de structure qu'on ne conçoit ordinairement que très-imparfaitement quand on cherche à connaître, sur cet os entier, la disposition des parties intérieures qui le constituent ; il en est de même des figures du sphénoïde, de l'os palatin, etc. ; rappellerons-nous encore celles qui sont relatives aux tissus généraux de l'économie, dont l'organisation a été retracée dans ses moindres détails avec une netteté et une précision dont la lithographie ne semblait pas susceptible. Nous aurions à citer la figure des tissus cellulaire et adipeux, qui jusqu'à présent n'avaient pas été représentés, celle des tissus osseux, glanduleux, érectile, vasculaire, nerveux, séreux, etc. Il est aisé de reconnaître que tous ces dessins ont été fidèlement copiés d'après nature, et par le crayon d'un artiste qui était dirigé par la connaissance exacte de l'objet qu'il avait à représenter ; aussi nous doutons qu'on puisse approcher davantage de la vérité, et, sous ce rapport, l'ouvrage de M. Jules Cloquet offre toutes les garanties désirables.

Au moment où nous terminons cet article, nous recevons la seconde livraison, qui n'est pas moins remarquable que la précédente par la perfection du dessin et la précision des détails anatomiques qu'elle renferme. Le crâne, proprement dit, et les surfaces intérieure et extérieure de cette boîte osseuse ; les moindres particularités de la base du crâne et les rapports multipliés des os qui la forment, ceux des os de la face entre eux, les os maxillaires sous différens aspects, leurs différences de forme suivant les âges, leurs connexions avec les dents, enfin, l'anatomie de ces derniers os et des détails intéressans relatifs à la dentition ou au développement des dents, tels sont les objets importans qui sont successivement représentés dans cette seconde livraison ; en outre, l'auteur y achève l'examen des parties qui composent le crâne, par la description de l'ensemble de cette cavité considérée extérieurement et intérieurement ; il examine les circonstances particulières de son développement, et commence à décrire les os de la face. Dans toutes ses descriptions, il suit une marche analytique très-propre à faciliter l'étude de l'anatomie en général, et qui ne doit pas peu contribuer à rendre classique un ouvrage dont l'utilité nous paraît d'ailleurs suffisamment démontrée. C. P. Ollivier.

Journal Clinique sur les difformités dont le corps humain est susceptible à toutes les époques de la vie, (1.re Partie) ; *et sur tout ce qui se rapporte en général à la mécanique et aux instrumens employés par la chirurgie*, (2.me Partie) ; *par* M. C. A. Maisonabe, *etc.*

L'art de corriger les difformités du corps humain était ignoré des anciens et peu cultivé par les modernes ; en général les médecins et les chirurgiens, par une coupable indifférence, dédaignaient de s'en occuper,

ou n'y portaient qu'une attention passagère; aussi cette branche de la thérapeutique qu'on appelait communément *orthopédie*, et à laquelle eût peut-être mieux convenu le nom d'*orthanthropie*, était-elle demeurée dans l'enfance et abandonnée à d'ignorans mécaniciens ou à de dangereux charlatans, jusqu'à ces derniers temps où des hommes de l'art s'en sont spécialement occupés.

Parmi ces derniers, notre honorable confrère, M. le docteur Maisonabe, a exécuté le projet qu'il avait conçu depuis plusieurs années de contribuer de tous ses moyens à élever l'orthopédie au niveau des autres branches de la chirurgie dont les progrès ont été si rapides et si étonnans depuis un demi-siècle.

Une longue pratique dans les hôpitaux, l'enseignement de la chirurgie et de la médecine au lit des malades, une nombreuse collection de faits qu'il a observés lui-même, ou qui lui ont été communiqués par de célèbres praticiens, une étude approfondie des maladies des femmes, l'examen attentif des individus difformes dans tous les âges, la connaissance des vices qui s'étaient introduits dans l'éducation physique des enfans; tels sont les titres et les moyens qui nous font compter sur de beaux résultats dans une si importante entreprise.

Déjà notre confrère, pénétré de la dignité de son art, a commencé de publier le fruit de ses vastes et de ses longues méditations sur le traitement des difformités humaines. Il a d'abord ouvert des cours gratuits où se rendent en foule des élèves, et même des maîtres, tant nationaux qu'étrangers. On l'y entend disserter avec autant de méthode que de discernement et de clarté sur l'origine, la cause, la nature et les suites des difformités, sur les chances favorables ou défavorables que présente leur traitement, sur les moyens de les prévenir, d'en arrêter les progrès ou de les faire disparaître complètement.

M. Maisonabe ne s'est pas contenté de proposer des vues purement théoriques sur ce sujet de pathologie et de thérapeutique presque nouveau. Il a voulu encore en faire l'application, et réunir ainsi la pratique à la théorie afin d'éclairer ou de rectifier l'une par l'autre, en les faisant concourir au même but. C'est dans cette intention qu'il a formé, dans un des quartiers les plus sains et les plus agréables de la capitale, un vaste et superbe établissement, où il traite des individus de l'un et de l'autre sexe, dont le corps s'éloigne plus ou moins de l'état régulier, et déjà plusieurs ont obtenu de ses soins les plus heureux résultats.

A cette utile entreprise M. Maisonabe a ajouté celle de la publication d'un Journal composé de deux parties dont nous allons faire connaître l'objet.

Ce journal n'est, pour ainsi dire, que l'avant-coureur d'un traité qu'il se propose de composer sur le même sujet lorsqu'il aura recueilli un plus grand nombre d'observations pratiques.

Chaque cahier, comme le titre l'annonce, sera divisé en deux parties.

Dans la première, il rassemblera des observations sur les difformités

du corps chez les deux sexes et à tout âge. Il y donnera la préférence à celles qui lui seront communiquées par ses confrères ou qu'il aura recueillies dans sa pratique, espérant avec raison qu'avec de tels moyens il parviendra à faire distinguer la vérité d'avec l'erreur et à détruire ainsi une foule de préjugés dont il importe de délivrer non-seulement les gens étrangers à l'art de guérir, mais encore beaucoup de médecins d'ailleurs fort recommandables.

M. Maisonabe n'exclura point de ce recueil les observations de nos devanciers; il les rapportera au contraire pour mettre à profit tous les faits dont elles offriront une expression plus ou moins instructive. Il y mettra à profit les immenses ressources qu'offrent les hôpitaux de la capitale et les collections de pièces anatomiques parmi lesquelles on remarque des organes difformes; des dessins d'après nature représenteront les objets dont une simple description ne pourrait donner une idée suffisante.

Dans la description des parties déformées, il saisira toutes les occasions d'éclairer la théorie de leurs fonctions dans leur état régulier, en examinant ce qu'elles empruntent de leur configuration, de leur rapport entre elles ou avec d'autres organes, ainsi que de la nature de leurs tissus.

Dans la seconde partie de son journal, M. Maisonabe donnera la description et la figure des divers agens mécaniques employés à corriger les difformités du corps, à suppléer les organes incapables de remplir leurs fonctions, à dilater les ouvertures, etc.

Cette partie offrira aussi la description et le dessein au trait des instrumens de chirurgie peu connus, nouvellement inventés ou perfectionnés, des bandages et appareils destinés à comprimer, à étendre, à soutenir ou appuyer des parties dont les fonctions sont gênées, suspendues ou abolies. Pour mieux faire apprécier les avantages et les inconvéniens de ces moyens, notre confrère aura soin de rapporter avec le plus grand détail les effets qu'ils auront produits.

Il consacrera un article à la description des moyens de transport dans les cas de faiblesse ou de paralysie, des lits, des chaises employés pendant l'accouchement; et dans un autre, il traitera de ce qui est relatif à la prothèse des yeux, des oreilles, du nez, de la bouche, des dents, des membres, etc. Ce dernier article sera d'autant plus favorablement accueilli, que la plupart des objets employés dans cette partie de la chirurgie ne se fabriquent qu'à Paris et par des ouvriers ou artistes dont l'habileté n'est pas assez connue.

Les moyens explorateurs, dont l'utilité n'est pas moins constatée en médecine qu'en chirurgie, occuperont aussi quelques pages de ce journal.

Conformément au plan qu'il a adopté, M. Maisonabe a déjà publié le premier cahier de son journal, dont voici l'analyse succincte. Dans la première partie il traite des difformités en général; il fixe le sens précis qu'on doit attacher à ce mot, rejette la division des difformités en congénitales et en accidentelles, et s'attache à prouver que toute difformité

de naissance n'est pas au-dessus des ressources de l'art, quoiqu'on ait avancé le contraire.

Traitant des difformités en particulier, il ne s'occupe, dans ce cahier, que de celles qui affectent la colonne vertébrale. Il en cite des exemples dont il donne le dessin; il en expose aussi avec détail les causes, les signes, le diagnostic, le pronostic et le traitement. Il insiste surtout et avec raison sur les obstacles qui s'opposent à la guérison ou au redressement de la colonne vertébrale, et donne, sur ce point, des conseils qui ne peuvent être que fort utiles aux malades. Les praticiens ne liront pas cette discussion sans intérêt et sans y remarquer la franchise qui caractérise l'auteur.

Dans l'article suivant, on trouve l'histoire des moyens mécaniques employés, particulièrement en France, pour redresser la colonne vertébrale, depuis environ la moitié du siècle dernier jusqu'à ce jour. M. Maisonabe passe successivement en revue la presse à linge et le cric conseillés, par François Ranchin, la fameuse machine de Levacher, et les lits à ressorts ou à extension, qu'on met en usage depuis quelques années, selon divers procédés. Parmi ces derniers, on distingue celui de M. Humbert, à Morlay, ceux de MM. Colin et Daguère, de M. Milli et d'une dame du Sacré-Cœur, qui sont les mêmes que celui de Wurtzbourg; enfin l'ancien et le nouveau procédé de M. Lafond et le sien propre. Tous ces procédés sont décrits, analysés, discutés et critiqués avec cette sévérité et cette simplicité qu'on a droit d'attendre, mais dont on ne trouve pas assez d'exemples.

Au surplus, pour mettre les praticiens plus à leur aise et plus à portée de lui faire toutes les objections qu'ils jugeront convenables, M. Maisonabe fait la description et donne le dessein du lit à extension de la colonne vertébrale dont il est l'auteur. C'est là ce qui fait le sujet de la seconde partie de ce cahier qu'il termine par douze conclusions ou propositions dans lesquelles il reproduit son opinion toute fondée sur les faits ou des analogies rigoureuses.

D'après toutes ces considérations, nous pensons que l'entreprise de M. le docteur Maisonabe est d'autant plus digne d'éloges que le but qu'il se propose dans ses cours, dans son journal et dans son établissement, est des plus utiles dans l'intérêt de la science comme dans celui de la société.

C.

Galerie médicale, dessinée et lithographiée par VIGNERON, *avec des notices biographiques et littéraires; par* C. T. DOIN, *D. M. P. Troisième livraison, par* G. ENGELMANN, *éditeur.*

Cette troisième livraison contient les portraits de Dioscoride, Hermann, Boerhaave, Sylvius de Le Boë et de Bernard de Jussieu. Elle se recommande aux souscripteurs par le même mérite que nous avons signalé dans les deux premières.

FIN DU NEUVIÈME VOLUME.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE NEUVIÈME VOLUME DES ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

FIN DE LA TABLE.



